

ZAŁĄCZNIK z dnia _____ NR
do zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego
pomocnika/pomocników w okresie świadczenia pomocy w gospodarstwie na podstawie umowy o pomocy przy zbiorach

DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innvch rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innvch rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innvch rolników										

DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										

Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i świadomy jestem odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....
(miejscowość, dd-mm-rrrr)

.....
(czytelny podpis)