



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1
ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom

_____ (miejscowość i data)

_____ (imię i nazwisko pracownika)

_____ (dział)

OŚWIADCZENIE dotyczące zmiany danych osobowych / ewidencyjnych

Niniejszym z dniem proszę o dokonanie zmiany następujących danych osobowych / ewidencyjnych:
(bardzo proszę wypełnić jedynie dane te pola, które ulegają zmianie)

NAZWISKO:	
------------------	--

NIP:	
-------------	--

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA: Miejscowość kod pocztowy gmina woj. poczta ulica nr domu nr mieszkania telefon kontaktowy (.....)

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: Miejscowość kod pocztowy gmina woj. poczta ulica nr domu nr mieszkania telefon kontaktowy (.....)

ADRES DO KORESPONDENCJI: Miejscowość kod pocztowy gmina woj. poczta ulica nr domu nr mieszkania telefon kontaktowy (.....)
--

URZĄD SKARBOWY:	
------------------------	--

ODDZIAŁ NFZ:	
---------------------	--

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO:

seria

numer

INNE DANE:	
-------------------	--

(proszę wpisać jakie)

Składający oświadczenie:

(data i podpis)