



Adviesbureau

Administratie & Aangifte

Uwaga ! Proszę wypełnić drukowanymi literami. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może nieść za sobą konsekwencje finansowo – prawne.

Dodatek do ubezpieczenia (Zorgtoeslag)	2	0	1	
---	----------	----------	----------	--

1-Dane personalne

Imie i nazwisko		Stan cywilny	
BSN Nummer (SoFi)		Data urodzenia	
Email		Numer telefonu	
<i>Proszę podać adres zameldowania .Jezeli nie sa Panstwo zameldowani w Holandii prosze wpisac adres który widnieje w systemie Belastingdienst (adres na który otrzymujecie Panstwo korespondencje z Belastingdienst)</i>			
Kod pocztowy		Miejscowosc	
Ulica i numer domu		Roczne zarobki brutto(Euro)	

2 – Okres(y) ubezpieczenia

*Proszę podać dokładną datę rozpoczęcia i zakończenia ubezpieczenia (dzień-miesiac-rok)
Jezeli nie byli panstwo ubezpieczeni przez cały rok kalendarzowy prosze wpisac dokładne okresy w jakich oplacali panstwo składki na podstawowe ubezpieczenie zdrowotne w Holandii.*

Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	
Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	
Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	
Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	
Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	
Data rozpoczęcia dd-mm-rr		Data zakończenia dd-mm-rr	

3-Dane personalne partnera

Imie		Nazwisko	
BSN Nummer (SoFi)		Data urodzenia	
<i>Proszę podać adres zameldowania .Jezeli nie sa Panstwo zameldowani w Holandii prosze wpisac adres który widnieje w systemie Belastingdienst (adres na który otrzymujecie Panstwo korespondencje z Belastingdienst)</i>			
Kod pocztowy		Ulica i numer domu	
Roczne zarobki brutto(Euro)		Stan cywilny	

Oświadczam że informacje zawarte przeze mnie w formularzu kontaktowym są zgodne ze stanem faktycznym .
W przypadku zatajenia lub wprowadzenia w błąd poniosę wszelkie konsekwencje finansowo-prawne.