

2. Zakresy czynności osób, o których mowa w ust. 1, z wyłączeniem dyrektora generalnego, ustala Inspektor.

3. Inspektor może na piśmie upoważnić osoby, o których mowa w ust. 1, oraz innych pracowników Biura do podejmowania decyzji, w określonych sprawach, w jego imieniu.

§ 7. W skład Biura wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Departament do Spraw Oceny Ryzyka,
- 2) Departament do Spraw Klasyfikacji, Znakowania i Kart Charakterystyki,

3) Departament do Spraw Gromadzenia Danych Dotyczących Niebezpiecznych Substancji i Niebezpiecznych Preparatów,

4) Departament do Spraw Dobrej Praktyki Laboratoryjnej,

5) Biuro Prawne,

6) Biuro Administracyjno-Finansowe.

§ 8. Szczegółowy zakres zadań i tryb pracy komórek organizacyjnych, o których mowa w § 7, ustala Inspektor w regulaminie organizacyjnym nadanym na wniosek dyrektora generalnego.

1309

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 10 października 2001 r.

w sprawie określenia wzoru wniosku o ubezpieczenie w innej kasie chorych oraz wzorów zawiadomienia o objęciu ubezpieczeniem.

Na podstawie art. 16 ust. 15 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961 i Nr 97, poz. 1050) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór wniosku o ubezpieczenie zdrowotne w innej kasie chorych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) wzór zawiadomienia wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, o objęciu go ubezpieczeniem zdrowotnym, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,

3) wzór zawiadomienia płatnika, który przekazał wniosek, o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,

4) wzór zawiadomienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia,

5) wzór zawiadomienia kasy chorych, której wnioskodawca był członkiem, o objęciu go ubezpieczeniem zdrowotnym przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *G. Opala*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 października 2001 r. (poz. 1309)

Załącznik nr 1

WZÓR WNIOSKU O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W INNEJ KASIE CHORYCH

Część A

.....
(numer wniosku (wypełnia kasa chorych))

.....
(data wpływu wniosku (wypełnia kasa chorych))

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa kasy chorych)

.....
(adres)

WNIOSEK O OBJĘCIU UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W INNEJ KASIE CHORYCH

Składam wniosek o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym

W
(nazwa kasy chorych)

Informuję, iż dotychczas byłem (-am) członkiem
(nazwa kasy chorych)

.....
(podpis wnioskodawcy)

....., dnia 200... r.
(miejscowość)

--

gmina

--

województwo

--	--	--

ulica *nr domu* *nr lokalu*

12. Adres do korespondencji

	-	
--	---	--

kod pocztowy *miejsowość*

--	--

gmina *województwo*

--	--	--

ulica *nr domu* *nr lokalu*

13. Stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę

.....

14. Stopień niepełnosprawności.....

15. Czy posiada Pan(i) uprawnienia, o których mowa w art. 43 oraz art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym albo szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z tej ustawy, na podstawie odrębnych przepisów? *(wypełniają osoby będące zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, inwalidzi wojskowi, osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68 z późn. zm.) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, osoby wymienione w art. 42 i 59 tej ustawy oraz inwalidzi wojenni, ich współmałżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, a także wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnieni do renty rodzinnej albo osoby posiadające szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na podstawie odrębnych przepisów)*

(proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź)

TAK	NIE
-----	-----

Jeżeli TAK, proszę o podanie:

.....
nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia

--	--

seria *numer*

.....
organ wydający dokument

Data wydania

--	--	--	--

rok *miesiąc* *dzień*

Data ważności dokumentu

--	--	--	--

rok *miesiąc* *dzień*

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data wypełnienia

.....
podpis składającego oświadczenie

Załącznik nr 2

WZÓR ZAWIADOMIENIA WNIOSKODAWCY PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK, O OBJĘCIU GO
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(imię i nazwisko wnioskodawcy).....
(adres zamieszkania)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... został(a) Pan(i) objęty(a) ubezpieczeniem zdrowotnym
W
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek
(członkowie rodziny)* :
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)

....., dnia 200... r.
(miejsowość)

* Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.

Załącznik nr 3

WZÓR ZAWIADOMIENIA PŁATNIKA, KTÓRY PRZEKAZAŁ WNIOSEK, O OBJĘCIU
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM WNIOSKODAWCY PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(imię i nazwisko (nazwa) płatnika).....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... Pan(i), zamieszkały(a) w.....,
numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a)
ubezpieczeniem zdrowotnym w
(nazwa kasy chorych)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)....., dnia 200... r.
(miejscowość)

Załącznik nr 4

WZÓR ZAWIADOMIENIA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ALBO
KASY ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO O OBJĘCIU
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM WNIOSKODAWCY
PRZEZ KASĘ CHORYCH, DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych/
Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego¹⁾).....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... Pan(i), zamieszkały(a) w.....
numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a)
ubezpieczeniem zdrowotnym w
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek
(członkowie rodziny)²⁾:
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)

....., dnia 200... r.
(miejscowość)

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.

Załącznik nr 5

WZÓR ZAWIADOMIENIA KASY CHORYCH, KTÓREJ WNIOSKODAWCA BYŁ CZŁONKIEM,
O OBJĘCIU GO UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(nazwa kasy chorych).....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem Pan(i), zamieszkały(a) w, numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a) ubezpieczeniem zdrowotnym w.....
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek (członkowie rodziny)*:
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

W związku z powyższym, na podstawie art. 141c ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.), zwracam się o przekazanie informacji dotyczących ubezpieczonego i członków jego rodziny w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie określenia wzoru wniosku o ubezpieczenie w innej kasie chorych oraz wzorów zawiadomienia o objęciu ubezpieczeniem (Dz. U. Nr 121, poz. 1309), a także innych danych niezbędnych do kontynuacji ubezpieczenia.

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)....., dnia 200... r.
(miejscowość)

* Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.