



ZAŁĄCZNIK

NR

do ZGŁOSZENIA z dnia

rrrr-mm-dd

DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>												
1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Obywatelstwo											
4	UNO											
5	data urodzenia											
6	Płeć zaznaczyć znakiem X		Kobieta				<input type="checkbox"/>	Mężczyzna				<input type="checkbox"/>
7	PESEL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	Paszport: seria i numer											
9	Dokument podróży: seria i numer											
10	Data zawarcia umowy											
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od										
12		Data do										
13	Liczba dni pomocy u innych rolników											
DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>												
1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Obywatelstwo											
4	UNO											
5	data urodzenia											
6	Płeć zaznaczyć znakiem X		Kobieta				<input type="checkbox"/>	Mężczyzna				<input type="checkbox"/>
7	PESEL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	Paszport: seria i numer											
9	Dokument podróży: seria i numer											
10	Data zawarcia umowy											
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od										
12		Data do										
13	Liczba dni pomocy u innych rolników											
DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>												
1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Obywatelstwo											
4	UNO											
5	data urodzenia											
6	Płeć zaznaczyć znakiem X		Kobieta				<input type="checkbox"/>	Mężczyzna				<input type="checkbox"/>
7	PESEL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	Paszport: seria i numer											
9	Dokument podróży: seria i numer											
10	Data zawarcia umowy											
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od										
12		Data do										
13	Liczba dni pomocy u innych rolników											

DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	Płeć zaznaczyć znakiem X	Kobieta			<input type="checkbox"/>	Mężczyzna			<input type="checkbox"/>		
7	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Paszport: seria i numer										
9	Dokument podróży: seria i numer										
10	Data zawarcia umowy										
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
12		Data do									
13	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	Płeć zaznaczyć znakiem X	Kobieta			<input type="checkbox"/>	Mężczyzna			<input type="checkbox"/>		
7	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Paszport: seria i numer										
9	Dokument podróży: seria i numer										
10	Data zawarcia umowy										
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
12		Data do									
13	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCNIKA - pozycja <input type="text"/>											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	Płeć zaznaczyć znakiem X	Kobieta			<input type="checkbox"/>	Mężczyzna			<input type="checkbox"/>		
7	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Paszport: seria i numer										
9	Dokument podróży: seria i numer										
10	Data zawarcia umowy										
11	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
12		Data do									
13	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.

.....
miejsowość, data rrrr-mm-dd

.....
czytelny podpis