Oświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym

Nazwisko											
Imię											
PESEL											
Numer dowodu osobistego											
NIP											

Oświadczam, że **podlegam / nie podlegam** (1)
ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż świadczenia rodzinne.

<u>Proszę o objęcie ubezpieczeniem niżej wymienionych osób</u> (2)

LP.	**Nazwisko**	**Imię**	**PESEL**	**Stopień pokrewieństwa**

…….
Miejscowość, data

……
Podpis osoby składającej oświadczenie

……
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

(1) Niepotrzebne skreślić
(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie ma ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niż świadczenia rodzinne.