

OŚWIADCZENIE
(dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL NIP dowód osobisty
(seria i numer)

Adres zamieszkania

.....

Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:

*) – zaznaczyć właściwe

- pozostawania w stosunku pracy	TAK	NIE
- posiadania statusu bezrobotnego zarejestrowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy	TAK	NIE
- pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym z członkami rodziny, którzy posiadają ubezpieczenie zdrowotne	TAK	NIE
- z innego tytułu tj.	TAK	NIE

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym
- świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....
podpis