

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko.....

Imię.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Seria i nr dok. tożsamości: dowód-paszport/.....*

Adres zamieszkania.....

.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne

Tak/Nie/*

jeśli tak podać jaki.....

.....

*Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie
fałszywego oświadczenia .*

.....

(data)

.....

(podpis)

*O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu
zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.*

.....

(data)

.....

(podpis)

() niepotrzebne skreślić*