

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Ja.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

oświadczam co następuje:

jestem/ nie jestem* zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia

*Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia

mnie i następujących członków mojej rodziny:

.....
.....
.....
.....

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

.....
(podpis potwierdzającego)

.....
(podpis oświadczającego)