

Pszczółki, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

O Ś W I A D C Z E N I E

oświadczam, że posiadam / nie posiadam inny tytuł do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Jestem ubezpieczony(a) jako członek rodziny przy

.....
który(a)

- pracuje
- prowadzi działalność gospodarczą,
- pobiera emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy
- pobiera zasiłek dla bezrobotnych,
- jest zarejestrowany(a) w PUP jako bezrobotny(a) bez prawa do zasiłku.

.....
(podpis składającego oświadczenie)