

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko.....

Imię.....

Data urodzenia.....PESEL.....

NIP....., 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.....

jeśli tak podać okres/y (od kiedy do kiedy).....

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

Data

Podpis

(*) niepotrzebne skreślić