

.....  
Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Powiatowy Urząd Pracy w Świdniku

**WNIOSK O WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wnoszę o wyrejestrowanie z mojego ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego członka rodziny –

.....,  
imię i nazwisko członka rodziny

z powodu (właściwe zaznacz **X**):

- podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej od dnia .....
- ubezpieczenia u innego członka rodziny od dnia .....
- rejestracji członka rodziny w urzędzie pracy od dnia .....
- inny od dnia .....

.....  
Czytelny podpis

Adres do doręczeń elektronicznych PUP Świdnik: AE:PL-55665-48285-BVHJI-25