

.....
/IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA/

Łączna, dn.

*** Proszę o zgłoszenie do/ wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego od dnia**
należymy wymienionych członków rodziny:

- | | | | | | |
|----|----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| 1. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 2. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 3. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 4. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o obowiązku poinformowania o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania w/w z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

* /NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ/

.....
/PODPIS/

.....
/IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA/

Łączna, dn.

*** Proszę o zgłoszenie do/ wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego od dnia**
należymy wymienionych członków rodziny:

- | | | | | | |
|----|----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| 1. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 2. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 3. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |
| 4. |
(imię i nazwisko) |
pokrewieństwo |
(pesel) |
adres zameldowania |
stopień
niepełnosprawności |

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o obowiązku poinformowania o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania w/w z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

* /NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ/

.....
/PODPIS/