

OŚWIADCZENIE
do celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

NIP seria i nr dok. tożsamości:dowód-paszport*

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka zdrowotna 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.

Pułusk, dnia

.....
(podpis oświadczającego)

OŚWIADCZENIE
do celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

NIP seria i nr dok. tożsamości:dowód-paszport*

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka zdrowotna 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.

Pułusk, dnia

.....

(podpis oświadczającego)