

OŚWIADCZENIE
(dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego)

PESEL Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu: *) – *zaznaczyć właściwe:*

- pozostawania w stosunku pracy	TAK	NIE
- posiadania statusu bezrobotnego zarejestrowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy	TAK	NIE
- pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym z członkami rodziny, którzy posiadają ubezpieczenie zdrowotne	TAK	NIE
- z innego tytułu, tj.:	TAK	NIE

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym
- świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Data i podpis: