Miejscowość......................................dn. .......................................

Imię i nazwisko.....................................................

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu w ………………………………. \*

..........................................................

(podpis składającego oświadczenie)

\* KRUS, emerytura ZUS/KRUS, renta, jako członek rodziny, inne(podać jakie)

**Do oświadczenia proszę dołączyć zaświadczenie z odpowiedniej instytucji od kiedy podlega pani/pan ubezpieczeniu!!!**