

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!!!