

.....
Nazwisko i imię

Milicz, dnia.....

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Oświadczam, że zgodnie z art. art. 66 ust. 1 pkt 28, 28a, ust. 2, ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 ze zm.) **podlegam*** / **nie podlegam*** obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu bycia członkiem rodziny osoby ubezpieczonej

.....
miejsce ubezpieczenia

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego: **mnie*** / oraz członków mojej rodziny*:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

.....
Podpis

*niepotrzebne skreślić