

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
osoby przebywającej na urlopie wychowawczym

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko.....

Imię.....

Data urodzenia.....PESEL.....

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

Adres zamieszkania.....

.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego jest opłacana składka 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.

.....

(Data)

.....

(Podpis)

(*) niepotrzebne skreślić