

Zawiercie, dnia:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(stan cywilny)

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia

Wniosuję o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego z dniem
gdyż nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (w tym z tytułu bycia członkiem rodziny ubezpieczonego, pobierania renty rodzinnej i ubezpieczenia w KRUS).

Wniosuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Nr PESEL

Zobowiązuję się do powiadomienia PUP Zawiercie o nabyciu przez członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie osób.

.....
(Data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....
podpis składającego oświadczenie