

Puławki, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że podlegam **ubezpieczeniu zdrowotnemu**:

☐ NIE

w okresie oddo

☐ TAK

(Podać gdzie osoba **była** ubezpieczona i w jakim okresie)

w okresie oddo

☐ TAK

(Podać gdzie osoba **jest** ubezpieczona)

w okresie od do

☐ WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
W MOPS PUŁAWY (NALEŻY WYPEŁNIĆ WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY)

2. Oświadczam, że osoba nad którą sprawuję osobistą opiekę podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu:

☐ NIE

☐ TAK

(Podać gdzie osoba **jest** ubezpieczona)

.....
(PODPIS)