

.....
(imię i nazwisko)

Puławy, dnia.....

.....
(adres)

Oświadczenie

Oświadczam, iż poinformowano mnie, że posiadam tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby posiadającej tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego tj. z tytułu.....

.....

(podpis)