

Puławy, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że podlegam **obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu** z innego tytułu:

☐ NIE

☐ TAK

(Podać gdzie i z jakiego tytułu osoba jest ubezpieczona)

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

☐ NIE

w okresie od

☐ WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (należy wypełnić wniosek zgłoszeniowy WYŁĄCZNIE w przypadku braku innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego)

☐ TAK

(Podać gdzie osoba **jest** ubezpieczona)

w okresie od do

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

☐ NIE

☐ TAK

(Podać gdzie osoba **jest** ubezpieczona)

.....
(PODPIS)