

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/PESEL/

.....
/Adres/

.....

OŚWIADCZENIE

1. Wnoszę o:

☐ ubezpieczenie społeczne

☐ ubezpieczenie zdrowotne

z tytułu otrzymywania świadczenia pielęgnacyjnego, ponieważ nie jestem ubezpieczony/ubezpieczona z innego tytułu.

2. Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym niżej wymienionych osób:

1.....
Imię i nazwisko; PESEL; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

2.....
Imię i nazwisko; PESEL; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

3.....
Imię i nazwisko; PESEL; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

4.....
Imię i nazwisko; PESEL; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

5.....
Imię i nazwisko; PESEL; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

3. Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (jakiego?)

.....
.....

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
/Miejscowość/ /Data/ /Czytelny podpis/