Miejscowość…………………, dnia……………………..

..........................................................

 Nazwisko i imię

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny …………………………..

 /stopień pokrewieństwa/

………………………………………………...…………urodzony/a ………………………………..

/imię i nazwisko/

 PESEL: ………………………………… zamieszkały/a………..……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Stopień niepełnosprawności ………………………………………………………………………….

Oświadczam, że zobowiązuję się poinformować o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania ww. członka rodziny *(np. podjęcie pracy, zarejestrowanie się w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna itp.)* z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

 ..........................................................

 data i podpis pracownika