

## OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko.....

Imię.....

Data urodzenia.....PESEL.....

NIP....., seria i nr dok. tożsamości: dowód -paszport\*/.....

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne

- Tak /Nie\*/

jeśli tak podać jaki.....

jeśli tak podać okres/y (od kiedy do kiedy) .....

.....

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis

(\*) niepotrzebne skreślić