

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(adres zameldowania lub pobytu)

Niniejsze oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

.....  
(podpis czytelny)

### OŚWIADCZENIE

złożone w związku z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Ustawa z dnia 27.08.2004r. ( tj. Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z póź. zmianami)

**Oświadczam, że podlegam / nie podlegam\* obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu tj. :** .....

Data i podpis .....

\*niepotrzebne skreślić

DANE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW RODZINY POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Adres zamieszkania	PESEL	Stopień niepełnosprawności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

.....  
(podpis czytelny)