

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a legitymująca
się dowodem osobistym seria/nr....., numer PESEL.....
oświadczam, że:

1. nie posiadam innego tytułu ubezpieczenia, *
 2. posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu.....*
- właściwie zakreślić

INDYWIDUALNE ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. Imię, drugie imię, nazwisko osoby ubezpieczonej
2. Nazwisko rodowe
3. Data urodzenia
4. Nr PESEL
5. Adres zamieszkania
6. Imiona rodziców

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, niezwłocznie powiadomię o tym fakcie tutaj. Ośrodek.

.....
podpis