

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY PRZEZ:

Nazwisko imię

Data urodzenia PESEL

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

L.p	Nazwisko oraz pierwsze i drugie imię	Data urodzenia oraz PESEL i NIP lub seria i nr dowodu osobistego	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babcia) wymienione w pkt. pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

W przypadku wystąpienia zmian w treści niniejszego załącznika zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia GOPS w Mszanowie

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej do ubezpieczenia zdrowotnego