

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU**  
**ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork**  
**tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08**

Malbork, dnia

Pani/Pan.....

.....  
82-200 Malbork

(imię i nazwisko, adres świadczeniobiorcy)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że nie mam możliwości podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

<b>Lp</b>	<b>Imię i nazwisko członka rodziny</b>	<b>Nr PESEL</b>	<b>NIP</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

*Ponadto w przypadku możliwości podlegania ubezpieczeniu zdrowotnego z innego tytułu zobowiązuje się powiadomić tutejszy organ o powstałej zmianie sytuacji, a także przedłożyć stosowny dokument potwierdzający ten fakt.*

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie).....  
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)