

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:

Lp	Imię i nazwisko członka rodziny	Nr PESEL	NIP	Stopień pokrewieństwa
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)