

**OŚWIADCZENIE
DLA CELÓW USTALENIA UPRAWNIENÍ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

CZESC I

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
PRZY POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W ZĄBKOWICACH ŚL.**

1. Wnioskuję o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego przy PUP w Ząbkowicach Śl. z dniem:

.....

2. Wnioskuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Nr PESEL	Adres	Zgłoszenie do ubezpieczenia z dniem

Zobowiązuję się do powiadomienia PUP Ząbkowice Śląskie o nabyciu przeze mnie lub członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

.....
data, imię i nazwisko

.....
podpis

.....
podpis przyjmującego oświadczenie

PUP Ząbkowice