

## INFORMACJE dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego.

1) ja oraz członkowie mojej rodziny podlegamy obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu: .....

.....

.....

2) nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego tytułu oraz nie mam innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, wobec czego proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mnie oraz następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa w relacji do wnioskodawcy	Czy pozostają z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym?	Rodzaj i siedziba szkoły (wypełnić w przypadku dzieci powyżej 18 r. ż.)
1.			wnioskodawca	-----	-----
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

3) uzyskałam(łem) .....-letni okres ubezpieczenia społecznego (.....-letni składkowego i .....-letni nieskładkowego)

Dodatkowe informacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego: .....

.....

.....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)