

O Ś W I A D C Z E N I E

1. Oświadczam, że należę do **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Jestem ubezpieczony/a w Zakładzie Pracy współmałżonka **TAK / NIE***

3. Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu:

L.p.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	P E S E L	Stopień niepełnospr.

Członkowie rodziny wymienieni w pkt. 3 pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu (cz. 1, 2, 3) zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić właściwy **Narodowy Fundusz Zdrowia** oraz **Powiatowy Urząd Pracy**.

Oświadczam, że współmałżonek podlega/nie podlega* ubezpieczeniu z tyt. zatrudnienia, prowadzenia działalności lub z innego tytułu. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia dzieci powyżej 18 roku życia, uczących się, wymagane jest coroczne dostarczenie zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki (dla dzieci uczących się w szkole na początku każdego roku szkolnego - tj. we wrześniu, dla dzieci studiujących na początku każdego roku akademickiego - tj. w październiku). W przypadku niedostarczenia takiego zaświadczenia ze szkoły/uczelni, ubezpieczenie dziecka ustaje z ostatnim dniem wakacji.

.....

Podpis pracownika PUP

*) Niepotrzebne skreślić.

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie