Nowe Miasto Lub., …………..………………..

...........................................................

imię i nazwisko

............................................................

PESEL

............................................................

............................................................

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**Proszę o wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonych przy mnie członków rodziny:**

1. Nazwisko …………..…………………………. imię …………..………………………….

Data urodzenia …………..………………………….

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa …………..………………………….

Powód wyłączenia ………………………………………………………………………………………….…………………………………

Data wyłączenia …………..………………………….

**( rzeczywista data podjęcia pracy, data rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej lub powstanie innej sytuacji powodującej wyłączenie z ubezpieczenia)**

1. Nazwisko …………..…………………………. imię …………..………………………….

Data urodzenia …………..………………………….

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa …………..………………………….

Powód wyłączenia ………………………………………………………………………………………….…………………………………

Data wyłączenia …………..………………………….

**( rzeczywista data podjęcia pracy, data rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej lub powstanie innej sytuacji powodującej wyłączenie z ubezpieczenia)**

1. Nazwisko …………..…………………………. imię …………..………………………….

Data urodzenia …………..………………………….

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa …………..………………………….

Powód wyłączenia ………………………………………………………………………………………….…………………………………

Data wyłączenia …………..………………………….

**( rzeczywista data podjęcia pracy, data rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej lub powstanie innej sytuacji powodującej wyłączenie z ubezpieczenia)**

# 

.......................................................................

(podpis bezrobotnego)