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)