

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Adres (jeżeli jest inny niż zgłaszającego)

Oświadczam, iż ww. osoby nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Zostałem pouczony o obowiązku poinformowania PUP:

- o okolicznościach uzasadniających zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego,
- o konieczności dokonania wyrejestrowania uprzednio zgłoszonego członka rodziny w terminie **7 dni** od daty zaistnienia tych okoliczności.

Żory, dnia

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczenie zostało odebrane przez:

.....
Imię i nazwisko pracownika PUP

Art. 233 § 1 kodeksu karnego - „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”