……………………………………………………………………………………

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.”