

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
adres
.....

.....
nazwa zakładu pracy

.....
adres

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczeń zdrowotnych mojego członka rodziny:

.....,
(imię i nazwisko członka rodziny)

.....,
(stopień pokrewieństwa)

.....,
(numer pesel)

.....
(data urodzenia członka rodziny)

Oświadczam, iż pozostaję/nie pozostaję* z członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym, oraz zamieszkuję/nie zamieszkuję* z nim pod tym samym adresem.

Adres zamieszkania ww. członka rodziny:

.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu, województwo, gmina, dzielnica)

Członek rodziny posiada / nie posiada – stopień niepełnosprawności.

.....
podpis pracownika

*prawidłowe zakreślić