FA

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ALBO SKŁADEK CZŁONKA RODZINY W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ŚWIADCZENIOWY

1. DANE WNIOSKODAWCY

Imię	Nazwisko
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]

2. DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE [2]

Imię	Nazwisko
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]

[1] Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.
[2] Nie wypełniaj, jeśli oświadczenie dotyczy Twoich składek

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ..... wysokość moich składek na ubezpieczenie zdrowotne albo składek wyżej wymienionego członka rodziny wyniosła ..... zł ..... gr

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....	.....	.....
(miejscowość)	(data: dd / mm / rrr)	(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 61 622 24 44 **OPS FA 412**