……………………………………………………..

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

…………………………………………………………

adres zamieszkania

............................................................

…………………………………………………………

………………………………………………………...

…………………………………………………………………………

**NUMER UBEZPIECZENIA**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że moja córka ……………………………………………….

ur. ……………………… zam. …………………………………………………..

jest ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia z tytułu:

1/ stosunku pracy

2/ renty lub emerytury

3/ KRUS – u

4/ rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy

5/ nie jest ubezpieczona

6/ działalność gospodarcza

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

Oświadczam, że zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego córka nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego oświadczenia niezwłocznie poinformuję MOW Goniądz.

………………….………………………….

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego