.

.....

Imię i nazwisko bezrobotnego

.....

adres zamieszkania

.....

Numer PESEL

<u>Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego</u>

członków rodziny ubezpieczonego bezrobotnego

Zgłaszam rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków mojej rodziny .

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności	Numer PESEL	Aktywność: uczeń, bezrobotny, zatrudniony*

Zobowiązuję się do powiadomienia tut, Urząd o wszelkich zmianach, dotyczących podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu wyżej wymienionych członków rodziny. Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

.....	.....	.....	.....
data	podpis pracownika PUP	data	czytelny podpis zgłaszającego