

.....
imię i nazwisko bezrobotnego

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że należę do Narodowego Funduszu Zdrowia (TAK / NIE)
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu

lp	imię i nazwisko	adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy)	stopień pokrewieństwa	data urodzenia	PESEL	stopień niepełnosprawności

3. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
4. O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Powiatowy Urząd Pracy.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie