SR

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

## 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 SR 412**