

Nowy Dwór Gd., dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Z dniem proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego **mojego / mojej * syna / małżonka / córki *** zgłoszonego jako członek rodziny.

Prośbę swą motywuję tym, iż wyżej wymieniona osoba podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu posiadania statusu osoby bezrobotnej.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Nowy Dwór Gdański, dniar.
(podpis przyjmującego oświadczenie)

*** niepotrzebne skreślić**

Nowy Dwór Gd., dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Z dniem proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego **mojego / mojej * syna / małżonka / córki *** zgłoszonego jako członek rodziny.

Prośbę swą motywuję tym, iż wyżej wymieniona osoba podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu posiadania statusu osoby bezrobotnej.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Nowy Dwór Gdański, dniar.
(podpis przyjmującego oświadczenie)

*** niepotrzebne skreślić**