

..... Gdynia, dnia

(imię i nazwisko)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(nazwisko rodowe)

.....
(adres zameldowania)

.....

O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, mam ustalone prawo do emerytury, /nie mam ustalonego prawa do emerytury,

Posiadam /nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /lekkim, umiarkowanym, znacznym -
częściowa niezdolność do pracy, całkowita niezdolność do pracy – na okres od „.....
.....do/ na czas nie określony/

pobieram/ nie pobieram* emeryturę,
rentę z tytułu niezdolności do pracy w okresie od dnia do dnia

.....
/grupa lub stopień niezdolności/ + numer decyzji

Należę doOddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

Pobieram / nie pobieram świadczenie przedemerytalne

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny:

-

.....
/ imiona i nazwiska, daty urodzenia, numer pesel, i NIP, oraz adres zamieszkania jeżeli jest inny jak
ubezpieczonego /

stopień pokrewieństwa

czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym

czy posiada orzeczenie o niepełnosprawności i w jakim stopniu.....

** niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu
zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymienieni w
pkt 3 pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem
świadomy/ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie
powiadomię pracodawcę.

.....
/podpis pracownika/