**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ALBO SKŁADEK CZŁONKA RODZINY**

**W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ŚWIADCZENIOWY**

1. **Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.**
2. **Pola "Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość" dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.**

|  |
| --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** |
|  | 01. Imię |
|  |  |
|  | 02. Nazwisko |
|  |  |
|  | 03. Numer PESEL |  | 04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE (nie wypełniaj jeśli oświadczenie dotyczy Twoich składek)** |
|  | Imię |
|  |  |
|  | Nazwisko |
|  |  |
|  | Numer PESEL |  | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Rok (rrrr)

Oświadczam, że w roku kalendarzowym: wysokość moich składek na ubezpieczenie zdrowotne albo

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | , |  |  |

składek wyżej wymienionego członka rodziny wyniosła: zł.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Miejscowość) |  | (Data: dd/mm/rrrr) |  | (Podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie) |