

**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.

Oświadczam, że w roku kalendarzowym: 

--	--	--	--

Rok (rrrr) 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)