

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałam/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/ wynosi miesiące .

Deklaruję miesięczny dochód w kwociezł,
słownie:.....zł

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny:

- 1) nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) jest uprawniony do zgłoszenia z tytułu:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej****,
 - do ukończenia 18 lat****,
 - do ukończenia 26 lat (z tytułu kształcenia)****,
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi****
 - b) małżonek****,
 - c) krewny wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym****.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

*** w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny
**** niepotrzebne skreślić