

Oświadczenie
dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
osoby przebywającej na urlopie wychowawczym
(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko
Imię
Data urodzenia PESEL
NIP, seria i nr dok. tożsamości: dowód-paszport*
Miejsce zamieszkania
.....

Oświadczam, że mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenia zdrowotne:
TAK/NIE*

– jeśli tak, podać jaki

.....,

– jeśli tak, podać okres/y (od kiedy do kiedy)

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....
(data)

.....
(podpis)

(*) niepotrzebne skreślić

**Aby czytać dalej, potrzebujesz pełnego dostępu.
Przeglądaj wszystkie materiały w ramach abonamentu lub prenumeraty.**

Korzyści:

- nielimitowany dostęp do treści,
- aktualizacje materiałów w niezbędnikach, nawet do 2 razy w tygodniu,
- e-czasopisma w nowej, wygodnej formie,
- dodatkowe materiały i wzory dokumentów do pobrania,
- dostęp do porad cenionych ekspertów i praktyków,
- zniżki na kolejne produkty, szkolenia i webinary

i znacznie więcej...

**Zamów na: www.oficynamm.pl
lub skontaktuj się z nami: 800 702 902, bok@oficynamm.pl**