

Wzór zaświadczenia wypełnionego przez płatnika składki

ZAŚWIADCZENIE

Uwaga: Należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.

1. DANE PŁATNIKA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
1.1. Nazwa			
1.2 Adres	Miejscowość:	Kod pocztowy:	
	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
	Regon/NIP:	Ewentualny telefon:	
2. DANE UBEZPIECZONEGO			
2.1 Nazwisko	2.2 Imię (imiona)	2.3 Data urodzeniar.	2.4 PESEL/inny numer identyfikacyjny*
2.2 Adres	Miejscowość:	Kod pocztowy:	
	Ulica:	Numer domu i lokalu:	
2.6 Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (dd/mm/rrrr):r.			
2.7 Pracownik jest zatrudniony na czas nieokreślony/ określony dor. **			
2.8 Pracownik jest / nie jest** w okresie wypowiedzenia. Data rozwiązania umowy o pracęr.			
2.9 Pracownik przebywa / nie przebywa ** na urlopie bezpłatnym : odr. dor.			
3. DANE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA			
3.1 Nazwisko i imię	3.2 Data urodzenia	3.3 PESEL/inny numer identyfikacyjny*	3.4 Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

Zaświadczam, że Pan/Pani (imię i nazwisko) oraz wymienieni członkowie rodziny*** został/została/zostali zgłoszony/zgłoszona/zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia i do dnia dzisiejszego nie został/została/zostali przeze mnie wyrejestrowani.

.....r.
data wypełnienia zaświadczenia (dd/mm/rrrr)

.....
firmowa pieczęć płatnika składki oraz
imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej do
wystawienia zaświadczenia

* W przypadku podania innego niż PESEL numeru identyfikacyjnego, należy podać rodzaj dokumentu zawierającego wskazany numer.

** Niepotrzebne skreślić

*** Jeśli członkowie rodziny nie zostali wymienieni w Zaświadczeniu proszę skreślić.