

**WNIOSEK O WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY**  
**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**  
*(prosimy wypełniać drukowanymi literami)*

**1) Dane pracownika:**

Nazwisko i imię.....

Numer PESEL .....

**2) Dane członka rodziny:**

Wyrejestrowanie od dnia .....

*(dzień, miesiąc, rok)*

|    |                |  |
|----|----------------|--|
| 1. | Imię           |  |
| 2. | Nazwisko       |  |
| 3. | Data urodzenia |  |
| 4. | Numer PESEL    |  |

.....  
*data i miejsce złożenia oświadczenia*

.....  
*podpis składającego oświadczenie*