…………………………………………………...……..

(miejscowość, data)

…………………………………………………...……..

(imię i nazwisko)

…………………………………………………...……..

(adres)

…………………………………………………...……..

(PESEL)

…………………………………………………...……..

…………………………………………………...……..

(dane pracodawcy)

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DZIECKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mojego dziecka od dnia …………………………….……..

Dane dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, numer PESEL)

Informuję, że moje dziecko pozostaje / nie pozostaje\* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Moje dziecko nie ma/ ma\* orzeczenie o niepełnosprawności ………………………………………….

(kod stopnia niepełnosprawności)

 …………………………………………………...……..

 (podpis)

\*Niepotrzebne skreślić.