

**Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.**

.....  
( imię i nazwisko osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu)

nr dowodu tożsamości .....

Zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z 2004r. z późn. zmianami), zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego mojego(a):

1) syna (córkę) .....  
( imię i nazwisko)

2) syna (córkę) .....  
( imię i nazwisko)

3) syna (córkę) .....  
( imię i nazwisko)

4) syna (córkę) .....  
( imię i nazwisko)

ur. 1) ..... ur. 2) .....

ur. 3) ..... ur. 4) .....

PESEL 1) ..... PESEL 2) .....

PESEL 3) ..... PESEL 4) .....

Zam. ....

pozostających na moim utrzymaniu.

Racibórz, dnia .....200....r.

.....  
( podpis zgłaszającego do ubezpieczenia)