

.....  
(imię i nazwisko członka rodziny) .....

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ROKU  
KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASILEKOWY**

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ..... wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła  
..... zł ..... gr.

*Oświadczam, że jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....  
(najscowność, data) .....

.....  
(podpis członka rodziny  
składającego oświadczenie)

F. H. Plasinscy tel./fax (42) 646-27-21, kom. 808 115 209, 694 531 888