

Wręczyca Wielka, dn.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....
(adres)

Oświadczam, iż jestem zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, iż posiadam prawo do ubezpieczenia społecznego

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)