

Kraków, dnia.....

Oświadczenie

Jaurodzony/urodzona woświadczam , że
jestem zgłoszony/zgłoszona do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego w ramach NFZ.

PESEL:

Nazwa instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia:.....

Nazwa wojewódzkiego oddziału NFZ:.....

.....
(miejsowość, data i podpis osoby składającej oświadczenie)