

WNIOSEK O WERYFIKACJĘ STATUSU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Numer dokumentu tożsamości: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Informacje o ubezpieczeniu zdrowotnym:

Niniejszym wnoszę o weryfikację mojego statusu ubezpieczenia zdrowotnego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Proszę o potwierdzenie, czy jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym na dzień złożenia tego wniosku.

Podstawa prawna:

Zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135 ze zm.), oraz przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Oświadczenie:

Oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Miejsce i data złożenia wniosku:
Miejsce

Data

PODPIS WNIOSKODAWCY

Podpis : _____

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://wniosek-gotowy.com/wniosek-o-weryfikacje-statusu-ubezpieczenia-zdrowotnego-wzor/>

Czy ten wzór był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorów na stronie:

<https://wniosek-gotowy.com>

Zobacz więcej wzorów

Ten wzór jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzór ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.