

Pabianice, dnia (дата) .....

.....  
imię i nazwisko (І'мя та прізвище)

.....  
PESEL

## Zgłoszenie do Ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny Вписання до Медичного страхування членів родини

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny od dnia

Прошу вписати до медичного страхування перерахованих нижче членів родини від дня .....

Lp. №	Imię i nazwisko członka rodziny І'мя та прізвище членів родини	Stopień pokrewieństwa Ступінь спорідненості*	PESEL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu w Polsce.

Я заявлю, що вписані до медичного страхування члени родини не мають жодного іншого медичного страхування в Польщі.

O wystąpieniu zmian, mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia, powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Pabianicach w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

Про настання змін, що мають вплив на зміст поданої заяви, повідомлю Powiatowy Urząd Pracy в Паб'яніцах протягом 7 дні від дня їх виникнення.

.....  
*podpis przyjmującego oświadczenie*  
Підпис того, хто приймає заяву

.....  
*data i podpis bezrobotnego*  
дата і підпис безробітного

\* Stopień pokrewieństwa: rodzice, dziadkowie, współmałżonek, dziecko do 18 roku życia  
Ступінь спорідненості: батьки, бубуся/дідусь, чоловік/дружина, дитина до 18 років