Załącznik nr 13

……
(nazwisko i imię pracownika)

PESEL pracownika

Wyrejestrowanie członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego, z dniem ....., następujących członków mojej rodziny.

Dane identyfikacyjne członków rodziny, których należy wyrejestrować z ubezpieczenia zdrowotnego.

PESEL		
NAZWISKO		
Imię pierwsze		
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)		
Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym		

Adres miejsca zamieszkania **Województwo**		
Powiat		
Gmina		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Poczta		
Ulica, nr domu, nr mieszkania		

.....
data i podpis pracownika