

Warszawa, dnia

.....
/ pieczętka zakładu pracy
NIP, REGON /

.....
/ telefon zakładu pracy /

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i)

Pesel, NIP

Zamieszkały(a) w

Zatrudniony(a) w zakładzie pracy od do

Podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu zgodnie z drukiem ZUA
od dnia

Członkowie rodziny zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego
zgodnie z drukiem ZCZA* lub ZCNA* od dnia

Imię i Nazwisko członka rodziny

1 zgłoszony od dnia

2 zgłoszony od dnia

3 zgłoszony od dnia

Zakład pracy zatrudnia osób (na dzień 30 XI
ubiegłego roku lub na dzień rozpoczęcia działalności).

.....
/ pieczętka i podpis pracodawcy /

*) niepotrzebne skreślić