............................................ Poznań, dnia ……………….…………

 (nazwisko i imię)

 ………………………………………..

 PESEL

OŚWIADCZENIE

 \* Proszę o wyrejestrowanie mnie (oraz członków mojej rodziny) z ubezpieczenia zdrowotnego

od  dnia ………………………………. w związku z ………………..…………………………………………………………………

 ………………………………………………

 Podpis

**\*data wyrejestrowania powinna być zgodna z datą nabycia innego tytułu do ubezpieczenia (np.  datą rozpoczęcia umowy o pracę).**