............................................ 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).**