

Gołdap,

Imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania

Adres zamieszkania

[illegible]

PESEL

Oświadczenie
dla celów wyrejestrowania członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego
z Narodowego Funduszu Zdrowia

Proszę o wyrejestrowanie następujących członków rodziny:

[illegible]

(podpis składającego oświadczenie)