

.....  
(imię i nazwisko członka rodziny)

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY O WYSOKOŚCI SKŁADEK  
NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE  
W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ŚWIADCZENIOWY**

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ..... wysokość składki na ubezpieczenie

zdrowotne wyniosła ..... zł ..... gr.

**Oświadczam, że jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby ubiegającej się składającej oświadczenie)

FPHU RAPEX, tel:42 649 22 23

---