

.....  
(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 członka rodziny składającego oświadczenie)

Zał. Nr.6  
PAP-COM HURT-DETAL Tel. 42-6531470 , 609 392 999