

.....
data wpływu

**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

imię i nazwisko

rodzaj dowodu tożsamości

wydany przez :

seria i numer : obywatelstwo :

PESEL :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NIP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

numer telefonu :

**Podkarpacki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w Rzeszowie**

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia r. .

Oświadczam, że :

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ;
- 2) okres, w którym nie podlegałem/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące / wynosi miesiące / lata* .

Deklaruję miesięczny dochód w kwociezł,

słownie :zł**

.....
miejscowość, data

.....
podpis

.....
* niepotrzebne skreślić

** wniosek wypełnić pismem drukowanym