

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana/podpisany
(imię i nazwisko)

urodzona/urodzony
(data urodzenia)

legitymująca/legitymujący się dokumentem tożsamości seria nr

zostałam poinformowana/zostałem poinformowany o obowiązku złożenia przeze mnie druku:

- ZUS ZZA,

- ZUS ZCNA (jeśli dotyczy),

w Oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwym dla miejsca zamieszkania, w terminie 7 dni, licząc od dnia objęcia ubezpieczeniem [1].

Podstawa prawna:

[1] § 3 ust. 3 załącznika nr 2 do zarządzenia Nr 150/2020/GPF z dnia 29 września 2020 r.

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem)