Kraków......................................................

….......................................................

(imię, nazwisko)

…....................................................... **Grodzki Urząd Pracy w Krakowie**

(data urodzenia)

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia..................................................................................

następujących członków rodziny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Data urodzenia** | **PESEL, seria i nr dokumentu tożsamości** | **Stopień pokrewieństwa** | **Adres zamieszkania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wykazani wyżej członkowie rodziny spełniają warunki ustawowe do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

…...................................................................

podpis osoby bezrobotnej

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024. Poz. 146. t.j).