

.....
(miejsowość i data)

.....
Imię nazwisko wnioskodawcy

.....
dane wrażliwe (nr dowodu osobistego, adres etc.)

.....
(adresat wniosku)

W
(miejsowość)

W N I O S E K

Ja niżej podpisany/a:

niniejszym składam wniosek o wydanie zaświadczenie o wysokości zapłaconych
składek zdrowotnych w 20..... roku.

Jeżeli wystąpiły zaległe składki to proszę je uwzględnić lecz bez odsetek.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)