

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Legitymacji ubezpieczeniowej dla członków rodziny nie posiadam.

2. Legitymacja ubezpieczeniowa poprzednia wydana przez

.....
uległa zagubieniu*) – zniszczeniu*) – została mi skradziona*).

3. Wszystkie strony przeznaczone na dokonywanie poświadczeń o uprawnieniu do świadczeń leczniczych zostały wypełnione*).

....., dnia..... 200 ... r.
miejscowość

*) niepotrzebne skreślić

.....
podpis pracownika

Wypełnia zakład pracy – oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Dane osobowe dotyczące pracownika oraz członków jego rodziny zostały stwierdzone na podstawie:

.....

Wydano legitymację ubezpieczeniową seria nr

w dniu 200 ... r.

Legitymację odebrał Pan(i)

Pokwitowanie odbioru patrz poz. imiennego wykazu wydanych legitymacji

z 200... r.

.....
podpis