

Wrocław, dnia

.....
.....
.....

dane i adres wnioskodawcy

WNIOSEK DO STAROSTY POWIATU WROCŁAWSKIEGO

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia..... dziecka/dzieci:

1.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia, PESEL)
Dziecko posiada/nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności.
2.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia, PESEL)
Dziecko posiada/nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności.
3.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia, PESEL)
Dziecko posiada/nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności.

.....
podpis