|  |
| --- |
| Załącznik nr 4 |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ALBO SKŁADEK CZŁONKA RODZINY W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ŚWIADCZENIOWY**

(*dotyczy osób, które maja opłacane składki zdrowotne od dochodów z tyt. emerytury bądź renty KRUS)*

1. Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |

1. Dane członka rodziny, którego dotyczy oświadczenie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |

|  |
| --- |
|  |

 Oświadczam, że w roku kalendarzowym wysokość moich składek na

|  |
| --- |
|  |

ubezpieczenie zdrowotne albo składek ww członka rodziny wyniosła

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

/Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. − Kodeks karny za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 3/

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

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)