………………………………………………………………

(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, iż mój córka ……………………………………………………………………………………………

ur. ………………………………………………… zamieszkała ……………………………………………………................

…………………………………………..………………………………… nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W związku z powyższym zwracam się z prośbą o zgłoszenie mojej córki do Narodowego

Funduszu Zdrowia przez Państwa placówkę.

……………………………………………………………

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego