

**Oświadczenie o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne
w roku kalendarzowym 2015**

imię i nazwisko:

adres zamieszkania:

Oświadczam, że w roku kalendarzowym 2015 wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne
wyniosła zł (słownie:.....)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KPSW danych osobowych zawartych we wniosku
o świadczenia pomocy materialnej (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych
z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm))

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby oświadczającej)