

.....
Miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zameldowania/zamieszkania

.....
nr pesel

Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Proszę o zgłoszenie mnie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia

..... .

.....
Podpis