

Jasień, dnia

.....

.....

.....

Burmistrz Jasienia

ul. XX-lecia 20
68-320 Jasień

Proszę o przyznanie prawa do świadczeń z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia r. do dnia r. na okres dni.

Oświadczam, że nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego.

Nie posiadam również dochodu umożliwiającego samodzielne ubezpieczenie.

.....

(podpis)