Data: ………………………………

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………….……..

Adres stałego zamieszkania…………………………………………………………………………………..

PESEL ……………………………….

W N I O S E K

Niniejszym składam wniosek o wydanie zaświadczenie o wysokości zapłaconych składek zdrowotnych w 20….. roku, jeżeli wystąpiły zaległe składki to proszę je uwzględnić lecz bez odsetek.

………………………………….

(podpis)