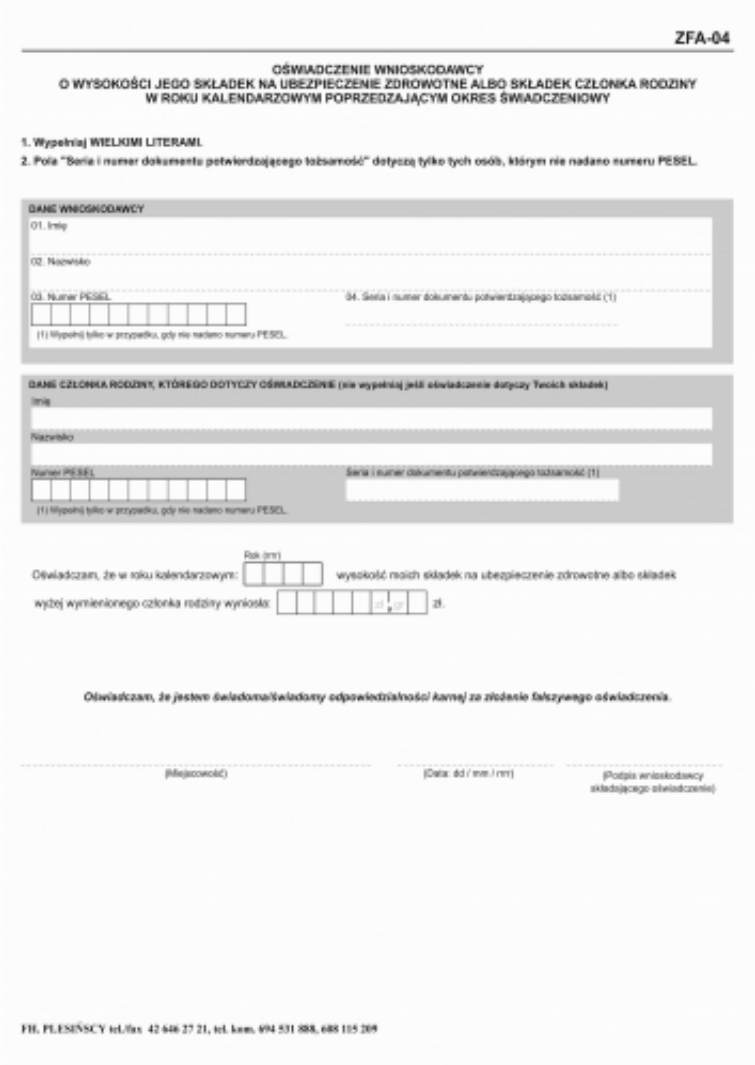
Dane aktualne na dzień: 28-03-2024 11:59

Link do produktu: https://www.plesinscy.pl/zfa-04-oswiadczenie-wnioskodawcy-o-wysokosci-jego-skladek-na-ubezpieczenie-zdrowotne-albo-skladek-czlonka-rodziny-p-44.html



ZFA-04

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ALBO SKŁADEK CZŁONKA RODZINY
W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ŚWIADCZENIOWY

1. Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.
2. Pola "Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość" dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.

DANE WNIOSKODAWCY
01. Imię
02. Nazwisko
03. Numer PESEL
04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE (nie wypełniaj jeśli oświadczenie dotyczy Twoich składek)
Imię
Nazwisko
Numer PESEL
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

Oświadczam, że w roku kalendarzowym: Rok (rrrr) wysokość moich składek na ubezpieczenie zdrowotne albo składek wyżej wymienionego członka rodziny wyniosła: zł.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) (Podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

FH. PLESIŃSCY tel./fax 42 646 27 21, tel. kom. 694 531 888, 608 115 209

ZFA 04 Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości jego składek na ubezpieczenie zdrowotne albo składek członka rodziny

Cena brutto

Cena netto

Opis produktu