..... Częstochowa, dn. ..... r.
imię i nazwisko

……

.....
adres

.....
PESEL

FORMULARZ DSO 1
w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

I. Proszę o zgłoszenie od dnia ..... do ubezpieczenia zdrowotnego:

.....pesel:.....

.....pesel:.....

.....pesel:.....

.....pesel:.....

.....pesel:.....

z powodu: .....

.....

.....

.....

.....

II. Do niniejszej informacji dołączam następujące dokumenty:

1. .....
2. .....
3. .....

III. Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgodnie z treścią art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.) zostałam/em zawiadomiona/y o możliwości wglądu do akt sprawy, celem wypowiedzenia się, co do zgromadzonego materiału i dowodów oraz zgłoszonych żądań.

.....
podpis

IV. Potwierdzam przyjęcie i sprawdzenie od względem formalno – prawnym niniejszej informacji oraz wyszczególnienie dokumentów.

…….....…….....……..…….....

data, podpis pracownika Częstochowskiego Centrum Świadczeń

V. Potwierdzam przyjęcie spraw do dalszej realizacji:

.....….....……..…….....

data, podpis pracownika Częstochowskiego Centrum Świadczeń

[1] niepotrzebne skreślić