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

……

.....
adres

.....
PESEL

FORMULARZ DSO 2
w celu zaprzestania opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne

I. Proszę o zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne

od dnia .....… dla:

.....ur.....pesel:.....

.....ur.....pesel:.....

.....ur.....pesel:.....

.....ur.....pesel:.....

.....ur.....pesel:.....

.....ur.....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 dowodów oraz zgłoszonych żądań.

.....
podpis

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

….....….....….....……....

data, podpis pracownika

V. Potwierdzam przyjęcie spraw do dalszej realizacji:

....….....……..... .

data, podpis pracownika