…………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

 …………………………………………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

…………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Informuję, że właściwym dla mnie Urzędem Skarbowym jest:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres Urzędu Skarbowego)*

Jednocześnie informuję, że właściwym dla mnie oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia jest:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(numer NFZ)*

Jednocześnie zobowiązuję się powiadomić pracodawcę o każdorazowej zmianie właściwości Urzędu Skarbowego lub przynależności do Narodowego Funduszu Zdrowia.

…………………………………………………………………………………

*(data i podpis)*