Załącznik nr 10

.....

Miejscowość i data

Oświadczenie

Ja niżej podpisany(a) .....

Nazwisko i imię

Legitymujący(a) się dowodem osobistym seria ..... nr ..... świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem ubezpieczony(a) w ..... Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....

podpis

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl