Vyhlásenie o zdravotnej poisťovni

*(vypĺňa sa iba pri opätovnom nástupe)*

Priezvisko, meno, titul:

Doterajšie pracovisko:

Prehlasujem, že som zdravotne poistený/á v zdravotnej poisťovni (plný názov):

...............................................................................................................................

Dátum: .........................................

 Podpis zamestnanca