

II. WYPEŁNIA ORGAN RENTOWY

.....
(pieczęć organu rentowego)

1. Poświadczam się, że wnioskodawca Pan(i) nie podlega*,
(imię i nazwisko)
podlega* ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu jako rolnik*, domownik* z mocy ustawy*, na wniosek*,
w pełnym*, ograniczonym zakresie od dnia do dnia
(dokładna data zgłoszenia do ubezpieczenia)

2. Małżonek wnioskodawcy Pan(i), nie podlega*, podlega*
(imię i nazwisko)
ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu z mocy ustawy*, na wniosek*, w pełnym*, ograniczonym zakresie,
od dnia do dnia
(dokładna data zgłoszenia do ubezpieczenia)

3. Zaległości w opłacaniu składek za okres od dnia do dnia
wynoszą zł.

4. Datę urodzenia dziecka potwierdza się na podstawie dokumentu
..... przedstawionego do wglądu przez wnioskodawcę
(nazwa, numer)

5. Inne uwagi

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)

* niepotrzebne skreślić