



Jednocześnie oświadczam, że:

1. Legitymacji ubezpieczeniowej dla członków rodziny nie posiadam.

2. Legitymacja ubezpieczeniowa poprzednia wydana przez .....

.....  
uległa zagubieniu\*) – zniszczeniu\*) – została mi skradziona\*).

3. Wszystkie strony przeznaczone na dokonywanie poświadczeń o uprawnieniu do świadczeń leczniczych zostały wypełnione\*).

....., dnia..... 200 ... r.  
miejscowość

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
podpis pracownika

### **Wypełnia zakład pracy – oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

Dane osobowe dotyczące pracownika oraz członków jego rodziny zostały stwierdzone na podstawie:

.....

Wydano legitymację ubezpieczeniową seria ..... nr .....

w dniu ..... 200 ... r.

Legitymację odebrał Pan(i) .....

Pokwitowanie odbioru patrz poz. .... imiennego wykazu wydanych legitymacji

z 200... r.

.....  
podpis