

.....  
(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE  
DOKTORANTA ORAZ CZŁONKÓW JEGO RODZINY  
O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE  
W OKRESIE OBLICZENIOWYM**

Oświadczam, że w okresie obliczeniowym ..... wysokość składki na ubezpieczenie  
zdrowotne wyniosła .....zł ..... gr.

***Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie  
fałszywego oświadczenia.***

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)