

Częstochowa, dn. .... r.

.....  
imię i nazwisko

.....  
.....  
adres

.....  
PESEL

**FORMULARZ DSO 2  
w celu zaprzestania opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne**

I. Proszę o zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne

od dnia ..... dla:

- .....ur.....pesel:.....
- .....ur.....pesel:.....
- .....ur.....pesel:.....
- .....ur.....pesel:.....
- .....ur.....pesel:.....
- .....ur.....pesel:.....

Z powodu:.....  
.....  
.....  
.....

II. Do niniejszej informacji dołączam następujące dokumenty:

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

III. Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgodnie z treścią art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 256) zostałam/em zawiadomiona/y o możliwości wglądu do akt sprawy, celem wypowiedzenia się, co do zgromadzonego materiału dowodów oraz zgłoszonych żądań.

.....  
podpis

IV. Potwierdzam przyjęcie i sprawdzenie od względem formalno – prawnym niniejszej informacji oraz wyszczególnienie dokumentów.

.....

data, podpis pracownika

V. Potwierdzam przyjęcie spraw do dalszej realizacji:

.....

data, podpis pracownika