## Załącznik nr 5 do Regulaminu świadczeń dla studentów PB

…………………………………………………

(imię i nazwisko członka rodziny)

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASIŁKOWY**

Oświadczam, że w roku kalendarzowym .............. wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła ................ zł .......... gr.

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

……………….…………………………………                   ………….…………………………………………………….

 (miejscowość, data)           (podpis członka rodziny składającego oświadczenie)