

Nadawca / Absender

Nazwisko / Name

Imię / Vorname

Ulica, numer domu / Adresse

Kod pocztowy, miejscowość / PLZ, Ort

Data / Datum

Prosimy o wysłanie tego wypowiedzenia do aktualnej Kasy Chorych  
*Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse*

## Wypowiedzenie członkostwa / Kündigung meiner Mitgliedschaft

Numer ubezpieczenia zdrowotnego: \_\_\_\_\_  
*Krankenversicherungsnummer*

Szanowni Państwo,  
*Sehr geehrte Damen und Herren,*

niniejszym składam wypowiedzenie członkostwa w Kasie Chorych z zachowaniem terminu \_\_\_\_\_ (data)/ w najwcześniejszym możliwym terminie (niepotrzebne skreślić).  
*hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum (Datum) / nächstmöglichen Zeitpunkt (Nichtzutreffendes streichen).*

Jednocześnie proszę o przesłanie potwierdzenia anulowania członkostwa w ciągu dwóch tygodni.  
*Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb von zwei Wochen.*

Z poważaniem  
*Mit freundlichen Grüßen*

Podpis  
*Unterschrift*

\_\_\_\_\_