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

 *(pieczęć Placówki / Oddziału KRUS) (miejsce i data)*

Niniejszym zaświadcza się, że niżej wymienione osoby podlegają ubezpieczeniu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w pełnym zakresie (jednocześnie w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim) bądź pobierają rentę lub emeryturę z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej (rodzica) | Nazwisko i imię dziecka/dzieci | Adres zamieszkania | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………….………………………….……………

*(podpis i pieczęć imienna osoby potwierdzającej)*

.