

.....  
(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
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

.....  
(podpis i pieczęć imienna osoby potwierdzającej)