

Załącznik nr 2
do „Instrukcji dotyczącej zasad ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji
Narodowej w Krakowie”

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

Imię i Nazwisko

Rok i kierunek studiów

Forma studiów

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy

Numer PESEL..... Numer albumu.....

Seria i numer paszportu (dotyczy cudzoziemców)..... Obywatelstwo.....

Narodowość Numer umowy w NFZ

(wypełniają cudzoziemcy)

***Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu
Zdrowia przez Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie –
płatnika składek. Ostatnią składkę na ubezpieczenie zdrowotne proszę uiścić za miesiąc:***

.....

Uwagi dodatkowe:

.....
miejscowość i data

.....
podpis studenta/doktoranta