

**OŚWIADCZENIE  STUDENTA  DOKTORANTA W SPRAWIE REZYGNACJI  
Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego**

studenta  doktoranta

Dane studenta doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym

<b>Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki</b>		
Wydział .....		
Nazwisko	Imię/imiona	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*	

Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Politechnikę Krakowską w ..... Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

**II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny**

**ubezpieczonego  studenta  doktoranta**

Dane członków rodziny (małżonek/małżonka, dzieci) podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować).

Nazwisko	Imię/imiona	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**

\* dotyczy obcokrajowców

\*\* małżonek, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku: .....

podpis pracownika dziekanatu: .....