

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

I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego

studenta doktoranta

Dane studenta doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Organ zgłaszający – Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki		
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 studenta/doktoranta)

II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego

studenta doktoranta

Dane członków rodziny** 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 studenta/doktoranta)

ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika dziekanatu/szkoły doktorskiej