

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

WNIOSEK O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

STUDENTA **DOKTORANTA** **CZŁONKA RODZINY**

Nr albumu Studia stacjonarne niestacjonarne

Dane studenta/doktoranta*:

Nazwisko i imię..... Drugie imię.....

Nazwisko rodowe Data urodzenia

Numer PESEL..... Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu.....

* w przypadku wyrejestrowania członka rodziny studenta należy wpisać dane dotyczące studenta / doktoranta, który dokonywał zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

I. Powód wyrejestrowania studenta / doktoranta z ubezpieczenia zdrowotnego

Składam wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego dokonanego przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej z powodu:

- uzyskania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu z dniem (data rozpoczęcia umowy o pracę, umowy zlecenia, działalności gospodarczej, data ubezpieczenia jako członka rodziny przez rodziców czy współmałżonka)
- ukończenia: studiów pierwszego stopnia, studiów drugiego stopnia, jednolitych studiów magisterskich lub studiów doktoranckich z dniem (data obrony dyplomu)
- skreślenia z listy studentów/doktorantów z dniem (data skreślenia z listy studentów)
- inny (*podać jaki*) z dniem

Oświadczam, iż jestem świadomy/a, że wraz z moją rezygnacją z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej wskazanego wyżej powodu, wyrejestrowani zostaną z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszeni przeze mnie członkowie rodziny.*

II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka/-ów rodziny ubezpieczonego

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej członka/-ów mojej rodziny z dniem z powodu
(podać jaki)

Imię i Nazwisko		PESEL albo seria i nr paszportu	
Data urodzenia		Stopień pokrewieństwa	

Imię i Nazwisko		PESEL albo seria i nr paszportu*	
Data urodzenia		Stopień pokrewieństwa	

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis