

**WNIOSEK STUDENTA O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO w NFZ**

Kierunek studiów:	Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:		Imię:
PESEL:	Data urodzenia:	
Drugie imię:	Nazwisko rodowe:	Obywatelstwo:
Nazwa NFZ:		
Nr telefonu:	Adres e-mail:	
<b>WNOSZĘ o wyrejestrowanie mnie z ubezpieczenia zdrowotnego w PUM z dniem:</b>		
<b>WNOSZĘ o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego w PUM niżej wymienionego członka/członków rodziny z dniem:</b>		
Nazwisko i imię:	Stopień pokrewieństwa:	Wyrejestrowanie z dniem:

**UWAGA!**

**W przypadku wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego studenta następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego wszystkich zgłoszonych członków rodziny.**

Szczecin, dnia	Czytelny podpis osoby składającej wniosek:
----------------	--------------------------------------------