

WNIOSEK STUDENTA/DOKTORANTA 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:	

W związku z uzyskaniem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu WNOSZĘ o wyrejestrowanie mnie z ubezpieczenia zdrowotnego w PUM z dniem:	
---	--

W związku z uzyskaniem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu WNOSZĘ o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego w PUM niżej wymienionego członka/członków rodziny z dniem:		
Nazwisko i imię:	Stopień pokrewieństwa:	Wyrejestrowanie z dniem:

UWAGA!

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

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