

WNIOSEK STUDENTA/DOKTORANTA O OBJĘCIĘ UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ CZŁONKÓW RODZINY			
Kierunek studiów:		Rok studiów:	
Nazwisko:		Nr albumu:	
PESEL:		Imię:	
Data urodzenia:		Nazwa NFZ:	
Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:			
Nazwisko:		Imię:	
PESEL:		Data urodzenia:	
Drugie imię:		Nazwisko rodowe:	
Obywatelstwo:		Stopień pokrewieństwa:	
Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK / NIE		Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE	
Stopień niepełnosprawności:		Nazwa NFZ:	
Adres zameldowania:		Adres zamieszkania:	
Adres korespondencyjny:		Kod:	
Miejscowość:		Miejscowość:	
Gmina:		Gmina:	
Ulica:		Ulica:	
Nr domu:		Nr domu:	
Nr mieszkania:		Nr mieszkania:	
Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:			
Nazwisko:		Imię:	
PESEL:		Data urodzenia:	
Drugie imię:		Nazwisko rodowe:	
Obywatelstwo:		Stopień pokrewieństwa:	
Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK / NIE		Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE	
Stopień niepełnosprawności:		Nazwa NFZ:	
Adres zameldowania:		Adres zamieszkania:	
Adres korespondencyjny:		Kod:	
Miejscowość:		Miejscowość:	
Gmina:		Gmina:	
Ulica:		Ulica:	
Nr domu:		Nr domu:	
Nr mieszkania:		Nr mieszkania:	

OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA:

1. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.** Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. **Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uczelni o wszelkich zmianach** danych osobowych, zmianach związanych ze studiami oraz o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 4 dni od daty powstania w/w zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez PUM danych zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z brakiem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu WNOSZĘ o objęcie ww. członka/członków rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia:	
--	--

UWAGA!

W przypadku utraty statusu studenta/doktoranta (obrona pracy dyplomowej, ukończenie studiów doktoranckich lub skreślenie z listy studentów/doktorantów) lub zawarcia umowy zlecenia z PUM przez doktoranta następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta/doktoranta lub zakończeniu umowy zlecenia należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.

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