

WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM w NFZ CZŁONKÓW RODZINY			
Kierunek studiów:		Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:			Imię:
PESEL:		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:	zamieszkania:	korespondencyjny:
Kod:			
Miejscowość:			
Gmina:			
Ulica:			
Nr domu:			
Nr mieszkania:			

OŚWIADCZENIE STUDENTA:

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 (obrona pracy dyplomowej, ukończenie studiów lub skreślenie z listy studentów) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego.

Po przywróceniu praw studenta lub zakończeniu umowy zlecenia należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.

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