

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!!

**WNIOSEK STUDENTA
O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

Wydział:	Kierunek:
Tryb studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	
Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:	
Imiona:	
Data urodzenia:	Obywatelstwo:

Adres stałego zameldowania:	Kod pocztowy:	
Miejscowość:		
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:

Adres czasowego zameldowania:	Kod pocztowy:	
Miejscowość:		
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania):	
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:
Oddział Wojewódzki NFZ: <small>(właściwy dla miejsca zamieszkania)</small>	

Nr telefonu do kontaktu:	Stopień niepełnosprawności:
--------------------------	-----------------------------

* w przypadku obcokrajowców

Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez WSM w Warszawie danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

