

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**1. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego (studenta)**

Dane ubezpieczonego:

Wydział:	Kierunek:
Tryb studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	
Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia:	Obywatelstwo:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:

* w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem.....rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez WSM w Warszawie z powodu:

- ukończenia studiów,
- rezygnacji ze studiów,
- skreślenia z listy studentów,
- uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

**zaznaczyć właściwe

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis składającego)

2. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

Nazwisko i imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

Nazwisko i imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

* w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem.....ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez WSM w Warszawie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis składającego)

