

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego studenta doktoranta.**

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	
Seria i nr <input type="checkbox"/> paszportu*	

*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński z powodu:

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

.....
(data).....
(czytelny podpis)**II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego studenta doktoranta.**

Dane ubezpieczonego:

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

*w przypadku obcokrajowców

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

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

*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 Uniwersytet Jagielloński.

.....
(data).....
(czytelny podpis)