Zał.nr 4

**OŚWIADCZENIE □ STUDENTA □ DOKTORANTA W SPRAWIE REZYGNACJI**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego**

**□ studenta □ doktoranta**

Dane **□**studenta **□**doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym

**Organ zgłaszający: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie**

Wydział (stopień, rok nauki)………………………………………………………………………..

Nazwisko Imię/imiona …………………………….................................................................

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)…………………………………………………………….

PESEL: ……………………………… Seria i nr □paszportu (dotyczy obcokrajowców)…………………

Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego

przez Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem ……………………..w związku z ………………………………………………

z dniem,………………………………………………………………………………………………

…………………………………… …..……………………………………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis składającego oświadczenie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny**

**ubezpieczonego □ studenta □ doktoranta**

Dane członków rodziny (małżonek/małżonka, dzieci) podlegających wyrejestrowaniu

z ubezpieczenia zdrowotnego

Nazwisko Imię/imiona ………………………………………………………………………………

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)…………………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego,

w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem……………………………………………………………………………………………..

……………….. ……………………… …..……………………………

 data podpis składającego oświadczenie