

**WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
STUDENT/DOKTORANT OBYWATEL RP**

Dane studenta / doktoranta zgłoszonego przez UR do ubezpieczenia zdrowotnego	
STUDIA stopnia, stacjonarne/niestacjonarne (..... - letnie)	
Nazwisko Imię (imiona):	
Wydział:	
Kierunek:	
Rok studiów:	Nr albumu
Adres e-mail :	Nr tel.
POWÓD WYREJESTROWANIA (WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIEKANATU)	
Student/doktorant zostaje wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez Uniwersytet Rzeszowski z powodu*:	
Powód wyrejestrowania:	Data wyrejestrowania
<input type="checkbox"/> uzyskanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu	
<input type="checkbox"/> złożenie egzaminu dyplomowego	
<input type="checkbox"/> skreślenie z listy studentów/doktorantów	

.....
podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu

OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA *	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że rezygnuję z objęcia mnie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Rzeszowski z powodu uzyskania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu:	
Powód wyrejestrowania z ubezpieczenia	Data wyrejestrowania
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zgłaszam rezygnację z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Rzeszowski członka mojej rodziny z powodu uzyskania przez niego prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu:**	
Nazwisko i imię członka rodziny, stopień pokrewieństwa	Data wyrejestrowania

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* właściwe zaznaczyć i uzupełnić

Data oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej

Nr rejestru