

WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
STUDENCI / DOKTORANCI OBCOKRAJOWCY

Dane studenta / doktoranta zgłoszonego przez UR do ubezpieczenia zdrowotnego	
STUDIA jednolite mgr, stacjonarne (5-I)	
Nazwisko Imię (imiona):	
Wydział:	
Kierunek:	
Rok studiów:	Nr albumu
Adres e-mail :	Nr tel.
POWÓD WYREJESTROWANIA (<i>WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIEKANATU</i>)	
Student/doktorant zostaje wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez Uniwersytet Rzeszowski z powodu*:	
Powód wyrejestrowania:	Data rozwiązania umowy z NFZ
<input type="checkbox"/> uzyskanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu	
<input type="checkbox"/> złożenie egzaminu dyplomowego/ukończenie kursu	
<input type="checkbox"/> skreślenie z listy studentów/doktorantów	
<input type="checkbox"/> unieważnienie Karty Polaka	

.....
podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu

* właściwie zaznaczyć i uzupełnić

Data oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej

Nr rejestru