Załącznik nr 2

do „Instrukcji dotyczącj zasad ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie”

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA**

**ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

Imię i Nazwisko ..................................................................................................…..............…….............

Rok i kierunek studiów…………………………………………………………………………………...

Forma studiów……………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ............................................................................……………............................

Adres zamieszkania ....................................................................................……………...........................

(województwo, powiat, gmina)

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

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy ................................................................................................................................................

Numer PESEL....................................................................... Numer albumu............................................

Seria i numer paszportu (dotyczy cudzoziemców)................................... Obywatelstwo..........................

Narodowość ............................................. Numer umowy w NFZ ...........................................................

(wypełniają cudzoziemcy)

***Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia przez Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie – płatnika składek. Ostatnią składkę na ubezpieczenie zdrowotne proszę uiścić za miesiąc:***

.............................................................................................

Uwagi dodatkowe:

..................................... .............................................

miejscowość i data podpis studenta/doktoranta