1. **ZGŁOSZENIE REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**UBEZPIECZONEGO STUDENTA /** **DOKTORANTA 1)**

Dane STUDENTA / DOKTORANTA 1) objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

|  |
| --- |
| WYDZIAŁ:………………………………………………..……………………………….……………….. |
| Nazwisko: | Imię/imiona: |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr): | Obywatelstwo: |
| PESEL: | 1) Seria i nr paszportu: |
| Nr telefonu kontaktowego: |

Oświadczam, że od dnia …………….…. zgłaszam rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Politechnikę Wrocławską w NFZ.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….miejscowość i data | ………………………………………….czytelny podpis studenta/doktoranta |

1. **ZGŁOSZENIE REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKA RODZINY UBEZPIECZONEGO STUDENTA / DOKTORANTA o którym mowa § 1 ust 1 pkt 1 lit a)1)**

Dane członków rodziny 2) podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego. (w przypadku większej liczby osób tabelę należy skopiować):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | Imię/imiona: |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr): | 2) Stopień pokrewieństwa: |
| PESEL: | 3) Seria i nr paszportu: |

1)   niepotrzebne skreślić

2,4) dotyczy cudzoziemców

3)   małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione, dziecko małżonka, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam od dnia……………… rezygnację z dalszego obejmowania go ubezpieczeniem zdrowotnym. Oświadczam też, że przedstawiłem tym osobom informacje o przetwarzaniu ich danych przez Politechnikę Wrocławską w związku z ich ubezpieczeniem zdrowotnym (dostępne na wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….miejscowość i data | ………………………………………….czytelny podpis studenta/doktoranta |

**ADNOTACJE DZIEKANATU/DZIAŁU KSZTAŁCENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku: ………………………….…. | ……………………………….………………………Podpis pracownika dziekanatu/Działu Kształcenia/  |