

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego (odpowiednie podkreślić):

- Studenta
- Doktoranta

.....
nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
data urodzenia

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z objęcia mnie
ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu z powodu:

- rezygnacji ze studiów
- skreślenia z listy studentów
- ukończenia studiów
- uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)