**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** |
|  | uzyskanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu |  |
|  | złożenie egzaminu dyplomowego |  |
|  | skreślenie z listy studentów/doktorantów |  |
|  *......................................................................................* *podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu*  |
| **OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA \*** |
| * *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 oraz data wyrejestrowania* |
| * *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 orazpieczęć i podpis osoby upoważnionej Nr rejestru