**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