**WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
OBCOKRAJOWCY**

|  |
| --- |
| **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 / ukończenie kursu |  |
|  | skreślenie z listy studentów/doktorantów |  |
|  | Unieważnienie Karty Polaka |  |
|  *......................................................................................* *podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu*  |