**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* | | | | | | | | |