

**REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO****I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego  studenta  doktoranta.**

Dane ubezpieczonego:

<b>Nazwisko i Imię:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>PESEL:</b>	
<b>Seria i nr <input type="checkbox"/> paszportu*</b>	

\*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem ..... rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński z powodu:

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

.....  
(data).....  
(czytelny podpis)**II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego  studenta  doktoranta.**

Dane ubezpieczonego:

<b>Nazwisko i Imię:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>PESEL:</b>	
<b>Seria i nr <input type="checkbox"/> paszportu*</b>	<b>Stopień pokrewieństwa:</b>

\*w przypadku obcokrajowców

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

<b>Nazwisko i Imię:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>PESEL:</b>	
<b>Seria i nr <input type="checkbox"/> paszportu*</b>	<b>Stopień pokrewieństwa:</b>

\*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem ..... ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński.

.....  
(data).....  
(czytelny podpis)