

Imię i nazwisko.....
Adres stałego zamieszkania.....
Stopień studiów..... WydziałKierunek studiów.....
Specjalność.....
rok studiów System studiów: **stacjonarne/niestacjonarne** Nr albumu:
Oddział NFZ: (podać jaki)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego i oświadczam, że*:

nie ukończyłem/łam 26 lat, nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu (np. rodziców, małżonka), która nie zgłosiła mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu,

ukończyłem/łam 26 lat i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu.

* zaznaczyć odpowiednią opcję

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłoszenia Uczelni faktu zmiany danych osobowych wskazanych w dokumencie ZUS ZZA oraz wszelkich zmian (z wyjątkiem zmian dotyczących toku studiów) powodujących wygaśnięcie obowiązku opłacania przez uczelnię składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Data

.....
(czytelny podpis studenta)