

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres zameldowania.....

(województwo, powiat, gmina)

.....

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

.....

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Numer PESEL.....

Obywatelstwo.....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.....

Kod NFZ.....

Numer telefonu:.....

Adres mail.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis

Oświadczam, że jestem studentem/studentką PJWSTK:

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym
2. nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
3. jestem obywatelem kraju UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP
4. jestem studentem studiów: dziennych, zaocznych.
5. jestem doktorantem

* podkreślić właściwe

Zobowiązuję się do powiadomienia o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
miejscowość i data

.....
podpis