…….. Ostrowiec Św. dn……

Imię i nazwisko

……..

……..

Adres zamieszkania

Gmina……..

……..

PESEL

Nr albumu……

Kierunek……..

Rok studiów……..

……

Kod oddziału NFZ

Posiadam/nie posiadam* orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Rodzaj stopnia niepełnosprawności…….

Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego
ul. Akademicka 12, 27-400 Ostrowiec Św.

Wnoszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia ……roku. Nadmieniam, że **jestem studentem/studentką*** Akademii Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego i nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania Uczelni o rezygnacji ze zgłoszenia do ubezpieczenia.

Ponadto wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym moich dzieci:

1) ……., PESEL……

   Stopień niepełnosprawności……

2) ……., PESEL……

   Stopień niepełnosprawności……

3) ……., PESEL……

   Stopień niepełnosprawności……

4) ……., PESEL……

   Stopień niepełnosprawności……

……

data i podpis

*niepotrzebne skreślić