



**OŚWIADCZENIE**  
**W SPRAWIE REZYGNACJI**  
**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego**

studenta  doktoranta\* Uniwersytetu Szczecińskiego

Dane studenta/doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Kierunek i stopień studiów..... Rok i semestr studiów.....  
lub dziedzina nauki i dyscyplina (w przypadku doktorantów)

Wydział/Szkoła Doktorska..... Numer albumu.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

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

Oświadczam, że od dnia ..... podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego  
z innego tytułu i w związku z tym zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez  
Uniwersytet Szczeciński w ..... Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.  
wpisać właściwy oddział

.....  
miejsce i data

.....  
podpis

\*zaznaczyć odpowiednie

**II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny**  
**ubezpieczonego  studenta  doktoranta\* Uniwersytetu Szczecińskiego**

Dane studenta/doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Wydział/Szkoła Doktorska ..... Numer albumu.....

Imię i nazwisko.....

Dane członków rodziny podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

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

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa.....

**Oświadczam, że z dniem ..... ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ.**

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis

\*zaznaczyć odpowiednie