

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a,
PESEL rezygnuję, z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego,
mojego / oraz członków mojej rodziny: *

L.p.	Nazwisko	Imię	PESEL
1.			
2.			
3.			
4.			

Od dnia zostałem/am objęty/a ubezpieczeniem przez
.....
z tytułu

.....
(miejscowość i data wypełnienia)

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta
składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić