

Student/doktorant*

Studia stacjonarne/niestacjonarne*

*Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Równocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

1. Oświadczam, że w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

2. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

3. Proszę o przypisanie mnie do oddziału NFZ numer:.....

WYKAZ KODÓW ODDZIAŁÓW NFZ

1 Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu	01R
2 Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy	02R
3 Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie	03R
4 Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze	04R
5 Łódzki Oddział Wojewódzki w Łodzi	05R
6 Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie	06R
7 Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie	07R
8 Opolski Oddział Wojewódzki w Opolu	08R
9 Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie	09R
10 Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku	10R
11 Pomorski Oddział Wojewódzki w Gdańsku	11R
12 Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach	12R
13 Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach	13R
14 Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie	14R
15 Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu	15R
16 Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie	16R

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