Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE STUDENTA W SPRAWIE REZYGNACJI**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Imię/imiona i nazwisko……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia (dd/mm/rrrr). ……………………………………………………………...………………..

Obywatelstwo ……………………………………………………………………………………………….

PESEL……………………………………………………………………………………………………….

Seria i nr dowodu osobistego……………………………………………………………………………….

Nr paszportu *(dotyczy obcokrajowców)*……………………………………………………………………..

**Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Akademię Tarnowską w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.**

…………………………………… …..………………………………………. (miejscowość i data) (podpis studenta)

**Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego**

**członka rodziny ubezpieczonego**

Imię/imiona i nazwisko……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia (dd/mm/rrrr) .……………………………………………………………...……………….

PESEL……………………………………………………………………………………………………….

Seria i nr dowodu osobistego……………………………………………………………………………….

Nr paszportu *(dotyczy obcokrajowców)*……………………………………………………………………..

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa……………………………………………………………………

***(****małżonek, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym)*

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

…………………………………………. .. .…..……………………………………… (miejscowość i data) (podpis studenta)