

## 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  
.....

.....  
(miejsowość i data wypełnienia)

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

\* niepotrzebne skreślić