

## ZESTAWIENIE DANYCH PERSONALNYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane personalne													
Pierwsze imię													
Drugie imię													
Nazwisko													
Nazwisko rodowe													
Obywatelstwo													
Data urodzenia			-			-							
PESEL													
NIP			-				-			-			
Rodzaj dokumentu tożsamości (wpisać X w odpowiednim miejscu)	Dowód osobisty												
Seria i numer dokumentu tożsamości													
Data wydania dokumentu													
Wydany przez													
Adres zameldowania													
Kod pocztowy			-										
Miejscowość													
Gmina													
Ulica													
Numer domu													
Numer lokalu													
Numer telefonu													
Numer telefaksu													
Adres zamieszkania													
Kod pocztowy			-										
Miejscowość													
Gmina													
Ulica													
Numer domu													
Numer lokalu													
Numer telefonu													
Numer telefaksu													

### OŚWIADCZENIE

Nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, zgodnie z Ustawą z 27.08.2004  
O świadc. opieki zdrow. finansowanych ze środków publ. (Dz.U.Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

W przypadku zmiany zobowiązuję się powiadomić Uczelnię w trybie natychmiastowym

data..... podpis.....