

ZESTAWIENIE DANYCH PERSONALNYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Kierunek studiów												
Forma studiów												
Dane personalne												
Pierwsze imię												
Drugie imię												
Nazwisko												
Nazwisko rodowe												
Obywatelstwo												
Data urodzenia			-			-						
PESEL												
NIP			-			-			-			
Rodzaj dokumentu tożsamości												
Seria i numer dokumentu tożsamości												
Data wydania dokumentu												
Wydany przez												
Adres zamieszkania												
Kod pocztowy			-									
Miejscowość												
Gmina												
Ulica												
Numer domu												
Numer lokalu												
Numer telefonu												

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.....