

Student/doktorant*
Studia stacjonarne/niestacjonarne*

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.

*Niepotrzebne skreślić

3.Bardzo proszę o przypisanie mnie do kasy chorych numer:.....

WYKAZ SYMBOLI KAS CHORYCH

1 Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych we Wrocławiu	01R
2 Kujawsko-Pomorska Regionalna Kasa Chorych w Bydgoszczy	02R
3 Lubelska Regionalna Kasa Chorych w Lublinie	03R
4 Lubuska Regionalna Kasa Chorych w Zielonej Górze	04R
5 Łódzka Regionalna Kasa Chorych w Łodzi	05R
6 Małopolska Regionalna Kasa Chorych w Krakowie	06R
7 Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych w Warszawie	07R
8 Opolska Regionalna Kasa Chorych w Opolu	08R
9 Podkarpacka Regionalna Kasa Chorych w Rzeszowie	09R
10 Podlaska Regionalna Kasa Chorych w Białymstoku	10R
11 Pomorska Regionalna Kasa Chorych w Gdańsku	11R
12 Śląska Regionalna Kasa Chorych w Katowicach	12R
13 Świętokrzyska Regionalna Kasa Chorych w Kielcach	13R
14 Warmińsko-Mazurska Regionalna Kasa Chorych w Olsztynie	14R
15 Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych w Poznaniu	15R
16 Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych w Szczecinie	16R
17 Kasa Chorych dla Służb Mundurowych w Warszawie	17B

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