

.....
(nazwisko i imię)

Wrocław, dnia

.....
.....
(rok i kierunek studiów stacjonarne, niestacjonarne*)

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

WNIOSEK O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego opłacanego przez Uniwersytet Wrocławski. Oświadczam, że z dniem
uzyskałem/uzyskałam prawo do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu:

- umowa o pracę,
- umowa zlecenie,
- zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny,
- inne:.....
.....
.....

.....
(podpis zgłaszającego)

*niepotrzebne skreślić