**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA W SPRAWIE REZYGNACJI**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1. **Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego doktoranta**

Dane doktoranta Szkoły Doktorskiej AMKP objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Nazwisko i imię/imiona…………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)………………………………………………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Seria i nr: □ dowodu osobistego…………………………………………………………………………………………….

paszportu\*………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Akademię Muzyczną im. Krzysztofa Pendereckiego w Krakowie   
w ………………………………………………………………………………Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

…………………………………… …..……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis doktoranta)

**2. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego doktoranta**

Dane członków rodziny\*\* podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego

Nazwisko i imię/imiona …………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)………………………………………………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Seria i nr: □ dowodu osobistego…………………………………………………………………………………………….

□ paszportu\*……………………………………………………………………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa\*\*………………………………………………………………………………

\* dotyczy obcokrajowców

\*\* małżonek, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę,

albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym.

…………………………………… .…..………………………………………

(miejscowość i data) (podpis doktoranta)

ADNOTACJE BIURA SZKOŁY DOKTORSKIEJ AMKP

Data wpływu wniosku ……………..……………………

Podpis pracownika Biura Szkoły Doktorskiej ……………………...…………...