

Załącznik
do Zarządzenia Nr 76/2015
z dnia 9 czerwca 2015 r.

Załącznik Nr 4
do Regulaminu

Wrocław, dnia

.....

(nazwisko i imię)

.....

(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:

- umowy o pracę,
- umowy zlecenie,
- zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny,
- uzyskania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej,
- inne:.....
.....
.....

.....
(podpis zgłaszającego)

*niepotrzebne skreślić