

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(rok studiów i kierunek / nazwa studium doktoranckiego\*  
stacjonarne / niestacjonarne\*)

.....  
(nr legitymacji studenckiej / doktoranckiej\*)

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana\* ....., legitymująca/ego\* się  
dowodem osobistym seria ..... numer ....., do przekazania w moim imieniu  
dokumentów zgłoszeniowych do ubezpieczenia zdrowotnego:

- druku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZZA,
- druku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ZUS ZCNA,
- oświadczenia studenta/doktoranta\*.

.....  
(czytelny podpis studenta / doktoranta\*)

\* niepotrzebne skreślić