**WNIOSEK O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO   
STUDENTA LUB CZŁONKA RODZINY STUDENTA**

**Wyrejestrowanie studenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane studenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez ANS w Nowym Targu** | |
| *Imię i nazwisko:* | |
| *Kierunek studiów:* | *Nr albumu:* |
| *PESEL:* | |
| *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | |

Oświadczam, iż z dniem ……………….………………… rezygnuję z obejmowania mnie ubezpieczeniem zdrowotnym przez Akademię Nauk Stosowanych w Nowym Targu, z powodu:

utraty statusu studenta

uzyskania innego tytułu o ubezpieczenia zdrowotnego

Nowy Targ, dnia ………………………………….. ….……………………………………………

(czytelny podpis studenta-wnioskodawcy)

**Wyrejestrowanie członka rodziny studenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane studenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez ANS w Nowym Targu** | | |
| *Imię i nazwisko:* | | |
| *Kierunek studiów:* | | *Nr albumu:* |
| *PESEL:* | | |
| *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | | |
| **Dane członków rodziny studenta podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego** | | |
| *Imię i nazwisko:* | | |
| *Data urodzenia:* | *PESEL:* | |
| *Stopień pokrewieństwa:* | *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | |
| *Imię i nazwisko:* | | |
| *Data urodzenia:* | *PESEL:* | |
| *Stopień pokrewieństwa:* | *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | |
| *Imię i nazwisko:* | | |
| *Data urodzenia:* | *PESEL:* | |
| *Stopień pokrewieństwa:* | *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | |

Z powodu uzyskania przez wyżej wskazanych członków mojej rodziny innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, niniejszym oświadczam, iż z dniem ………………..………………… rezygnuję z obejmowania ich ubezpieczeniem zdrowotnym przez Akademię Nauk Stosowanych w Nowym Targu.

Nowy Targ, dnia ………………………………….. ….……………………………………………

(czytelny podpis studenta-wnioskodawcy)