

**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)