IMIĘ …………………………………………………………………………………………………………………………...

NAZWISKO………………………………………………………………………………………………………………….

NR ALBUMU:………..…………………………………………………………………………………………………….

KIERUNEK:……………………………………………… ROK ……………………………

RODZAJ STUDIÓW: STACJONARNE/NIESTACJONARNE\*)

PŁEĆ: KOBIETA/MĘŻCZYZNA\*)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego i oświadczam, że\*\*) :

□ nie ukończyłem/łam 26 lat, nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu (np. rodziców, małżonka), która nie zgłosiła mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu,

□ ukończyłem/łam 26 lat i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu. Jednocześnie zobowiązuję się do zgłoszenia Uczelni faktu zmiany danych osobowych wskazanych w dokumencie ZUS ZZA oraz wszelkich zmian (z wyjątkiem zmian dotyczących toku studiów) powodujących wygaśniecie obowiązku opłacania przez uczelnię składek ubezpieczenia zdrowotnego.

……………………………… ……………………………

*(DATA) (PODPIS STUDENTA)*

\*) nieodpowiednie skreślić

\*\*) zaznaczyć odpowiednią opcję

Dane identyfikacyjne studenta Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zgłaszanego przez Uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL |  |
| SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO/  PASZPORTU |  |
| NAZWISKO |  |
| IMIĘ |  |
| DRUGIE IMIĘ |  |
| DATA URODZENIA |  |
| NAZWISKO RODOWE |  |
| OBYWATELSTWO |  |
| DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA\* |  |
| DANE O ODDZIALE NFZ |  |
| ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU | ……………………………………………………….  ………………………………………………………  Gmina…………………………………………….  Powiat……………………………………………. |
| ADRES ZAMIESZKANIA | ……………………………………………………….  ………………………………………………………  Gmina…………………………………………….  Powiat……………………………………………. |
| ADRES DO KORESPONDENCJI | ……………………………………………………….  ………………………………………………………  Gmina…………………………………………….  Powiat……………………………………………. |

Identyfikator Oddziałów NFZ:

01 - Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu

02 - Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy

03 - Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie

04 - Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

06 - Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

07 - Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie

08 - Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu

09 - Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie

10 - Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku

11 - Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku

12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

13 - Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach

14 - Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie

15 - Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu

16 - Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

\*data nie może być datą wstecz