

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr albumu)

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Politechnikę Koszalińską z powodu uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

dnia.....

.....
podpis składającego oświadczenie