

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

WNIOSEK STUDENTA DOKTORANTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

WYDZIAŁ		ROK STUDIÓW	
		DATA UKOŃCZENIA STUDIÓW	
NAZWISKO:			
IMIONA:			
DATA URODZENIA:		OBYWATELSTWO:	
ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA		KOD POCZTOWY:	
MIEJSCOWOŚĆ:			
Ulica:		nr domu:	nr lokalu:
GMINA:	WOJEWÓDZTWO:	PAŃSTWO:	
ADRES CZASOWEGO ZAMIESZKANIA:		KOD POCZTOWY:	
MIEJSCOWOŚĆ:			
Ulica:		nr domu:	nr lokalu:
GMINA:	WOJEWÓDZTWO:	PAŃSTWO:	
PESEL	Seria i nr	<input type="checkbox"/> dowodu	<input type="checkbox"/> paszport(obcokrajowiec)
ODDZIAŁWOJEWÓDZKI NFZ:			
NR TELEFONU DO KONTAKTU		ADRES e-mail	
NA PODSTAWIE USTAWY Z DNIA 29.08.1997 O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH ZAWARTYCH WE WNIOSKU ORAZ NA ICH PRZEKAZANIE DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ORAZ ZUS I ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 § 1 KK* OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.			
(data)		(czytelny podpis składającego wniosek)	
DRUGA STRONA			

nie ukończyłem/łam 26 lat

ukończyłem/łam 26 lat

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawidłowych informacji (art.233§ 1 kk*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk**oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej,

oświadczam, że :

1. Utraciłem/łam status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
 - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - nie pobieram świadczeń emerytalno - rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego lub okresowego z pomocy społecznej,
 - nie jestem uprawniony/a do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako bezrobotny/a,
 - nie jestem rolnikiem, ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ub. społecznym rolników,
 - nie jestem ubezpieczony jako student / doktorant na innej uczelni,
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotne powiadomię Dział Płac pok. Nr 72 (kordegarta) telefon 42 66 21 696 w terminie 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Płac pok. Nr 72 (kordegarta) telefon 42 66 21 696 w terminie 5 dni, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

--	--

(miejscowość i data)

(czytelny podpis składającego oświadczenie)

Ustawa z dnia 6 lipca 1997r kodeks karny

* Art.. 233 § 1: " Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. "

** Art.. 286: " Kto, za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskiwaniu błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. "
