

Imię:..... *Krzysztof*.....

Warszawa dnia,..... *25.01.2024 r.*.....

Nazwisko:..... *Kowalski*.....

Adres:..... *ul. Polna 114*.....

..... *02-116 Warszawa*.....

Pesel/Paszport:..... *96082102334*.....

OŚWIADCZENIE

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego odprowadzanego przez Uniwersytet Warszawski z dniem *30.01.2024 r.* z powodu *posiadania*.....
..... *innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego*.....

..... *Krzysztof Kowalski*.....
..... podpis

Proszę wypełnić w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny:

1. Imię:..... *ANNA*.....

Nazwisko:..... *KOWALSKA*.....

Adres:..... *ul. Polna 114*.....

..... *02-116 Warszawa*.....

Pesel:..... *97072202448*.....

2. Imię:.....

Nazwisko:.....

Adres:.....

.....

Pesel:.....