

.....
(nazwisko i imię)

Katowice, dnia.....

.....
(kierunek studiów)

.....
(rok i semestr studiów)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
PESEL

Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego opłacanego przez Akademię Śląską. Oświadczam, że z dniemuzyskałem/uzyskałam prawo do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu:

- umowy o pracę,
- umowy zlecenie,
- zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny,
- uzyskania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej,
- inne:.....

.....
.....