

Imię:.....

Warszawa dnia,.....

Nazwisko:.....

Adres:.....

.....

Pesel/Paszport:.....

OŚWIADCZENIE

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego odprowadzanego przez Uniwersytet Warszawski z dniemz powodu
.....

.....

podpis

Proszę wypełnić w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny:

1.
Imię:.....

Nazwisko:.....

Adres:.....

.....

Pesel:.....

2.
Imię:.....

Nazwisko:.....

Adres:.....

.....

Pesel:.....