

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Podstawowa jednostka organizacyjna/szkoła
doktorska*:

Nr albumu Student /Doktorant*

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia.....

Kobieta/Mężczyzna*

Obywatelstwo**

Seria i numer
paszportu**

Adres zamieszkania

.....
Oddział NFZ.....

Jestem rencistą

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym /
znacznym*

Proszę o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich
zmianach mających wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że Politechnika Warszawska wyrejestruje mnie z ubezpieczenia
zdrowotnego od dnia następnego po ukończeniu przeze mnie studiów/kształcenia na studiach
doktoranckich/w szkole doktorskiej lub skreślenia z listy studentów/doktorantów.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej w
dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac
www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania

.....
data

.....
podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL