

**Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta
Politechniki Warszawskiej, członka rodziny**

Wnioskujący:

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Seria i numer
paszportu**

W związku z uzyskaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego proszę o
wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego:

☐ wnioskującego (w przypadku wyrejestrowania studenta/doktoranta równocześnie
wyrejestrowywani są członkowie jego rodziny)

☐ członka rodziny:

Nazwisko

Imię

PESEL.....

Data urodzenia

Seria i numer
paszportu**

.....
data

.....
podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL