

**Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego
uczestnika studiów doktoranckich**

Imię i nazwisko

Kierunek

Nazwisko rodowe

Imię drugie

Data i miejsce urodzenia

Adres stały zameldowania ulica

Kod

Gmina

Miejscowość

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż adres zameldowania)

.....

Nr PESEL

Oddział i kod NFZ

e-mail lub tel. kontaktowy

- 1. Oświadczam, iż nie jestem zatrudniony/a na umowie cywilno-prawnej (zlecenia)**
 - 2. Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej**
 - 3. Oświadczam, iż nie jestem na utrzymaniu współmałżonka i nie mam ubezpieczenia z tego tytułu**
 - 4. Oświadczam, iż nie jestem studentem/studentką innej uczelni i druga uczelnia nie płaci za mnie zdrowotnej składki ubezpieczeniowej**
 - 5. Oświadczam, iż nie odbywam stażu w Akademii (z Biura Karier), finansowanego ze środków unijnych**
- Przyjmuję do wiadomości, że jestem zobowiązany do zgłoszenia na piśmie wszelkich zmian w punktach niniejszego oświadczenia.**

Data wypełnienia i podpis