

Imię i nazwisko.....  
Adres stałego zamieszkania.....  
rok studiów ..... System studiów: **stacjonarne/niestacjonarne** Nr albumu: .....  
Wydział ..... Kierunek studiów.....  
Oddział NFZ: kujawsko-pomorski, inny\*(podać jaki) .....

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  TAK  NIE

jeżeli TAK - proszę podać:

stopień niepełnosprawności ..... (lekki, umiarkowany, znaczny)

symbol niepełnosprawności ..... (np.05 R, 11-0 itd.)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego i oświadczam, że\*:

- nie ukończyłem/łam 26 lat, nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu (np. rodziców, małżonka), która nie zgłosiła mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu,
- ukończyłem/łam 26 lat i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu.

\* zaznaczyć odpowiednią opcję

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłoszenia Uczelni faktu zmiany danych osobowych wskazanych w dokumencie ZUS ZZA oraz wszelkich zmian (z wyjątkiem zmian dotyczących toku studiów) powodujących wygaśnięcie obowiązku opłacania przez uczelnię składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Data .....

.....  
(podpis)