

**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 dniem 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