**WNIOSEK**

**O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

NAZWISKO …………………………………………………………………………………..

IMIONA ………………………………………………………………………………..

……………………………… ………… dzienny, zaoczny, wieczorowy ………………. WYDZIAŁ ROK TRYB (niepotrzebne kreślić) NR ALBUMU

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:

* NIE MAM ORZECZONEJ GRUPY INWALIDZKIEJ - RENTA, NIE PODLEGAM OBOWIĄZKOWEMU UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z INNEGO TYTUŁU
* BĘDĄC OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ NIE POSIADAM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z KRAJU POCHODZENIA
* ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO POWIADAMIENIA DZIEKANAT WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ POWSTANIU PRAWA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z INNEGO TYTUŁU

Bydgoszcz, dnia……………………….. ……………………………………………………..

 (podpis osoby składającej oświadczenie)