**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