



Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj studiów.....

Nr legitymacji studenckiej

Wniosek o wyrejestrowanie studenta/doktoranta z ubezpieczenia zdrowotnego

W związku z uzyskaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego: (podać tytuł ubezpieczenia)

....., wnoszę o wyrejestrowanie mnie z ubezpieczenia zdrowotnego

opłacanego przez Uniwersytet Ignatianum w Krakowie od dnia

Data

.....

Podpis studenta/doktoranta