

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym  
studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Podstawowa jednostka organizacyjna / szkoła

doktorska\*: .....

Nr albumu .....

Student / Doktorant\*

Nazwisko .....

Imiona .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Kobieta/Mężczyzna\*

Obywatelstwo\*\* .....

Seria i numer

paszportu\*\* .....

Adres zamieszkania .....

.....

Oddział NFZ .....

Jestem rencistą

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym /  
znacznym\*

**Proszę o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.**

**Oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.  
Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich  
zmianach mających wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że Politechnika Warszawska wyrejestruje mnie z ubezpieczenia  
zdrowotnego od dnia następnego po ukończeniu przeze mnie studiów/kształcenia na studiach  
doktoranckich/w szkole doktorskiej lub skreślenia z listy studentów/doktorantów.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej  
w dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac  
[www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Płac/Dokumenty-do-pobrania](http://www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania)

.....

data

.....

podpis

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) dotyczy osób nieposiadających nr PESEL