#  **Uniwersytet Medyczny w Białymstoku** Białystok, dnia.................................

 **Dział Spraw Studenckich**

 **15-089 Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1**

 **tel. 085 748-5408, 5409,5410**

**FORMULARZ**

**danych osobowych studenta Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

**oraz uprawnionych członków rodziny w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego**

***Oświadczam, że podlegam – nie podlegam (odpowiednie podkreślić) zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.***

Wydział / Specjalność.........................................................

Rok studiów.......................Nr albumu................................. .............................................

 czytelny podpis studenta

1. Wskazanie oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia...................................................... symbol........................

Nazwisko.................................................

Imię.........................................................Drugie imię...................................................................

Nazwisko rodowe...................................

Imię ojca.................................................Imię matki.....................................................................

Data urodzenia........................................Miejsce urodzenia.........................................................

PESEL.....................................................NIP...............................................................................

Seria i nr dowodu osobistego........................................................................................................

Płeć (K lub M).........................................Obywatelstwo..............................................................

Adres stałego zameldowania:

Województwo..........................................Gmina..........................................................................

Kod pocztowy..........................................Miejscowość................................................................

Ulica.........................................................Nr domu...........................Nr lokalu............................

Adres zamieszkania (wpisać gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały):

Województwo..........................................Gmina..........................................................................

Kod pocztowy..........................................Miejscowość................................................................

Ulica.........................................................Nr domu............................Nr lokalu...........................

Oświadczam, że powyższe dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w formularzu zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Dział Spraw Studenckich Uniwersytetu Medycznego.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub jej zatajenie.

 .............................................

 czytelny podpis studenta

OŚWIADCZENIE

Nazwisko ..........................................

Imię ...................................................

Kierunek studiów ............................................................................. rok ...............

Nr albumu .........................................

Data urodzenia .................................... Miejsce urodzenia.....................................

Seria i nr dowodu osobistego ................................ PESEL ....................................

Adres stałego zameldowania ..................................................................................

.................................................................................................................................

adres zameldowania w czasie studiów ...................................................................

.................................................................................................................................

Oświadczam, że :

1. nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu,
2. nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

Poniższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Białystok, ..................................

.........................................................

 Podpis

* ksero legitymacji studenckiej
* ksero dowodu osobistego
* zaświadczenie z dziekanatu potwierdzające statut studenta