

Wyższa Szkoła Gospodarki

Ul. Garbary 2

85-229 Bydgoszcz

NIP: 967 104-54-48

Bydgoszcz,

(data)

Imię:

Nazwisko:

Adres:

PESEL:

OŚWIADCZENIE

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego odprowadzanego przez Wyższą Szkołę Gospodarki z tytułu Studenta z dniem z powodu

.....

(podpis)

Proszę wypełnić w sytuacji zgłoszenia na wniosek członków rodziny:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

PESEL:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

PESEL:

ADNOTACJE DZIEKANATU:

data wpływu dokumentu:

Podpis Pracownika Dziekanatu: