

.....
Nazwisko, imię

.....
Miejscowość i data

.....
Nr albumu

.....
adres – ulica, nr

.....
kod pocztowy miejscowość

OŚWIADCZENIE REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie – płatnika składek od dnia (dd/mm/rrrr).

.....
Podpis