

**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-Plac/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 nie posiadających nr PESEL