

.....  
Nazwisko, imię

.....  
Miejscowość i data

.....  
Nr albumu, kierunek studiów

.....  
adres – ulica, nr

.....  
kod pocztowy miejscowość

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI  
Z OBJĘCIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ KUL**

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia przez Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie – od dnia:..... (dd/mm/rrrr).

.....  
Podpis