
Imię i nazwisko

Data urodzenia

Nr PESEL

Data rozpoczęcia i zakończenia studiów doktoranckich

Wydział

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ
W SPRAWIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z 2008r. j.t.), które określają, że uczestnicy studiów doktoranckich podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, pod warunkiem, że nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, i obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego doktoranta, spoczywający na Politechnice Wrocławskiej powstaje z dniem przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia przez niego stosowanego oświadczenia, natomiast wygasa z dniem ukończenia studiów doktoranckich lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich.

Ja niżej podpisany, oświadczam, że:

- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (tj. np. zatrudnienie, zawarta umowa-zlecenie, prowadzenie działalności gospodarczej, posiadanie statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej).

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłaszania w Dziale Nauczania wszelkich zmian w terminie 2 dni roboczych od ich zaistnienia.

W załączeniu składam wypełniony druk:

- ZUS ZZA – zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego dla studenta,
 ZUS ZCNA dla członka rodziny.

podpis doktoranta

potwierdzenie Działu Nauczania

wstawić X odpowiednio