

Łódź, dn.....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
PESEL (nr albumu)

student  doktorant

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu) adres zameldowania

STUDIA:  stacjonarne  niestacjonarne

.....  
(kod pocztowy, miejscowość) Gmina/Dzielnica

seria i nr dowodu osobistego .....

.....  
Oddział NFZ

## OŚWIADCZENIE

### I. Oświadczam, że:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np: rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- nie pobieram świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych.

II. Oświadczam, że zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych z pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

III. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Uczelnię, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego;
- utrąty statusu studenta/doktoranta\* (obrona pracy mgr lub dr, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionej w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

.....  
(czytelny podpis)