



Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj studiów.....

Nr legitymacji studenckiej .....

### **Wniosek o wyrejestrowanie studenta/doktoranta z ubezpieczenia zdrowotnego**

W związku z uzyskaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego: (podać tytuł ubezpieczenia)

....., wnoszę o wyrejestrowanie mnie z ubezpieczenia zdrowotnego

opłacanego przez Akademię Ignatianum w Krakowie od dnia .....

Data .....

.....

Podpis studenta/doktoranta