

Płock, dnia

.....
(nazwisko i imiona, nr albumu)

.....
(rok i kierunek studiów, stacjonarne, niestacjonarne*)

.....
(PESEL)

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

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

.....
(adres e-mail, nr telefonu)

REZYGNACJA STUDENTA

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Akademię Mazowiecką w Płocku – płatnika składek z dniem

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)