

Warszawa, dnia .....r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(PESEL)

.....  
(Seria i numer dowodu osobistego)

.....  
(nr indeksu, semestr studiów)

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż nie jestem ubezpieczony(a) zdrowotnie z żadnego tytułu. Ostatnią składkę z tytułu **ubezpieczenia zdrowotnego** odprowadził za mnie

..... W .....  
(nazwa instytucji)

(miesiąc i rok)

.....  
(podpis ubezpieczonego)