

Nazwisko i imię:		
Wydział:		Kierunek/ dyscyplina studiów:
System studiów: stacjonarne/ niestacjonarne ^{*)}		Poziom studiów: I stopnia/ II stopnia/ doktoranckie ^{*)}
Nr albumu:	Semestr studiów:	Miesiąc i rok planowego ukończenia studiów:

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego i oświadczam, że ^{**)}:

- nie ukończyłem/łam 26 lat, nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu (np. rodziców, małżonka), która nie zgłosiła mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu,
- ukończyłem/łam 26 lat i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. („RODO”) przez administratora danych: Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy (Al. Prof. S. Kaliskiego 7, 85-796 Bydgoszcz) w celu i w zakresie niezbędnym do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie również w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania. Jestem świadomy/ świadoma, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłoszenia Uczelni faktu zmiany danych osobowych wskazanych w dokumencie ZUS ZZA oraz wszelkich zmian (z wyjątkiem zmian dotyczących toku studiów) powodujących wygaśnięcie obowiązku opłacania przez uczelnię składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Data

.....
(podpis studenta/doktoranta)

^{*)} nieodpowiednie skreślić

^{**)} zaznaczyć odpowiednią opcję

**Dane identyfikacyjne
studenta/doktoranta Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy
zgłaszanego przez Uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ**

Pesel:	
Nazwisko:	
Pierwsze imię:	
Drugie imię:	
Data urodzenia:	
Nazwisko rodowe:	
Obywatelstwo:	
Data powstania obowiązku ubezpieczenia:	
Dane o oddziale NFZ (<i>wpisać Identyfikator oddziału NFZ*</i>):	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu: Gmina: Powiat:
Adres zamieszkania: Gmina: Powiat:
Adres do korespondencji: Gmina: Powiat:

*) *Identyfikatory Oddziałów NFZ:*

- 01** *Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu*
- 02** *Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy*
- 03** *Lubelski Oddział NFZ w Lublinie*
- 04** *Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze*
- 05** *Łódzki Oddział NFZ w Łodzi*
- 06** *Małopolski Oddział NFZ w Krakowie*
- 07** *Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie*
- 08** *Opolski Oddział NFZ w Opolu*
- 09** *Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie*
- 10** *Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku*
- 11** *Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku*
- 12** *Śląski Oddział NFZ w Katowicach*
- 13** *Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach*
- 14** *Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie*
- 15** *Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu*
- 16** *Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie*