Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 84 Rektora ZUT z dnia 17 października 2019 r.

Szczecin, dnia ..................... r.

**ANKIETA**

**DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO I ZDROWOTNEGO – ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE \***

**DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Nazwisko ……………………..……………………………………………………………………………

Imiona 1 .………………………….…….. 2 ………..………………………………………….

Nazwisko rodowe ……………………………….…………………………………………………………

PESEL ……………………………………………………………………………………………………

Seria i nr dowodu osobistego\*\* ……..…………………. data wydania ………….….………………….

Adres stałego zameldowania ………………………………………………………................................

Telefon ………………………………………………………………………………………………….

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

1. Mam ustalone prawo do renty z ZUS / stopień niepełnosprawności / niezdolność do pracy \*…….. (podać jaki stopień)
2. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ………………………………………………..…………...
3. Adres zamieszkania / do korespondencji …………………….……………………………………....
4. **Oświadczam, że jestem / nie jestem\* członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz podlegam /nie podlegam\* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.**
5. **Zobowiązuję się do bezzwłocznego składania w szkole doktorskiej informacji o wszelkich zmianach swojej sytuacji prawnej, mającej wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku Uczelni w zakresie zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.**

…………………………………….

data i podpis doktoranta

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Zwracam się z wnioskiem o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu kształcenia w Szkole Doktorskiej.**

…………………………………….

data i podpis doktoranta

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny (członkowie rodziny ubezpieczonego pozostający na wyłącznym utrzymaniu: dzieci do lat 18, a jeśli kontynuują naukę - do lat 26\*\*, małżonek, krewni wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie i nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia):

- nazwisko i imię ………………………………………………………….............................................

- data urodzenia ………………………………PESEL …………………………………………….….

- NIP …………………… seria i nr dowodu osobistego …………………………..……………………

- stopień pokrewieństwa ……………………………………………………………..

- czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną TAK / NIE \*

- adres zamieszkania …………………………………………………………………………………….

- czy jest osobą niepełnosprawną TAK / NIE\*

- data zgłoszenia członka rodziny ………………………………………………………………………..

1. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- nazwisko i imię ……….………..………………………………………………......................................

- tytuł wyrejestrowania ..…………….……………………………………………………………………

- data wyrejestrowania ……………….........................................................................................................

……………………………

data i podpis doktoranta

*\* odpowiednie podkreślić*

*\*\* wypełnić w przypadku braku nr PESEL*

*\*\*\* oświadczenie wypełnić odpowiednio*