Częstochowa, dnia ……………………….

………………………………………..

imię i nazwisko doktoranta

………………………………………....

pesel

………………………………………….

dyscyplina naukowa, rok

……………………………………………………….…...

adres zameldowania/zamieszkania

….……………………………………

Oddział NFZ

**Oświadczam, że:**

1. nie podlegam/podlegam\* ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub ze którego jest opłacana składka (np.: rodzica lub współmałżonka) do ………………………………
2. nie pozostaję/pozostaję\* w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę/prowadzę\* działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym do ………………………………
3. jestem/nie jestem\* zatrudniony na umowę zlecenie, od której opłacana jest składka zdrowotna od ……………………………… do ………………………………
4. jestem/nie jestem\* zatrudniony na umowę o dzieło, od której opłacana jest składka zdrowotna od ……………………………… do ………………………………
5. pobieram/nie pobieram\* świadczenie rentowego do…………………….
6. pobieram/nie pobieram\* renty socjalnej\*, zasiłku stałego\*, zasiłku stałego wyrównawczego\* lub gwarantowanego zasiłku okresowego\* z pomocy społecznej do………………………………
7. posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności\*, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*, orzeczenie o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych\*, od …………………………… do ……………………………
8. podlegam/nie podlegam\* obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
9. wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne od…………………………
10. wnoszę o ubezpieczenie członka rodziny:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Stopień pokrewieństwa** | **Pesel** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczam, że zobowiązuję się powiadomić Biuro Administracyjne Szkoły Doktorskiej o wszelkich zmianach mających wpływ na ubezpieczenie zdrowotne w terminie 7 dni od daty ich powstania.**

Jednocześnie jestem świadomy, że w przypadku podania danych niezgodnych z prawdą, zobowiązuję się do zapłaty za wszelkie usługi medyczne, które zostaną mi udzielone, będąc nieprawnie zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego.

 …………………………………………………………………………..

 czytelny podpis składającego oświadczenie