.......................................................

miejscowość, data

**imię i nazwisko:** ................................................................
**nr PESEL:** ...........................................................................
**adres zamieszkania:** ..........................................................

Uczelniane Centrum Obsługi Studentów

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Bukowska 70

**Oświadczenie**

Uprzejmie informuję, że od dnia .......................................... rezygnuje z ubezpieczenia zdrowotnego

zgłoszonego z ramienia UMP z powodu.................................................................................................

Proszę o wyrejestrowanie z systemu.

.......................................................................

własnoręczny podpis osoby zgłaszanej do ubezpieczenia