

Poznań, dnia.....

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOŁY DOKTORSKIEJ IFM PAN**  
**(ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ)**  
**OŚWIADCZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię pierwsze:..... Imię drugie:.....

Nazwisko:.....

Nazwisko rodowe /dotyczy także mężczyzn/:.....

data i miejsce urodzenia:.....

PESEL:..... Obywatelstwo:.....

**Adres zameldowania:**

Kod pocztowy .....- ..... Poczta..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania.....

Powiat ..... Gmina ..... Województwo.....

**Adres zamieszkania:***(wypełnić jeżeli jest inny niż zameldowania), jeśli jest taki sam wpisać: jak wyżej)*

Kod pocztowy .....- ..... Poczta..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania.....

Powiat ..... Gmina ..... Województwo.....

**Adres korespondencyjny:***(wypełnić jeżeli jest inny niż zameldowania), jeśli jest taki sam wpisać: jak wyżej)*

Kod pocztowy .....- ..... Poczta..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania.....

Powiat ..... Gmina ..... Województwo.....

.....  
Oddział NFZ, do którego należy doktorant

**\*Identyfikatory Oddziałów Wojewódzkich NFZ:**

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

**Oświadczam, że** /właściwie zaznaczyć/:

- Mam ukończone 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego opłacana jest składka (np. współmałżonka)      **Tak** ☐ **Nie** ☐
- Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, działalność gospodarcza)      **Tak** ☐ **Nie** ☐
- Mam ustalone prawo do emerytury      **Tak** ☐ **Nie** ☐
- Mam ustalone prawo do renty (z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp.)      **Tak** ☐ **Nie** ☐  
od dnia ..... do dnia .....
- Mam ustalony stopień niepełnosprawności      **Tak** ☐ **Nie** ☐  
☐ lekki                      ☐ umiarkowany                      ☐ znaczny
- Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia      **Tak** ☐ **Nie** ☐
- Przebywam na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim      **Tak** ☐ **Nie** ☐  
od.....do.....
- **Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym finansowanym z moich środków**      **Tak** ☐ **Nie** ☐

Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd-mm-rrrr): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

.....

*czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie*

**Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.**

I.p.	Nazwisko i imię	stopień pokrewieństwa	data urodzenia
1.			
2.			
3.			

.....

*czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie*

**Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię IFM PAN o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.**

.....

*czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie*