PROŚBA O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

(wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:...........................................................................................................................

PESEL:.......................................................................................................................................

**\*** **Proszę o wyrejestrowanie mnie (oraz członków mojej rodziny) z ubezpieczenia zdrowotnego z dniem ………………………**

Poznań, dnia ............................... ..............................................

 Podpis

**\***data wyrejestrowania powinna być zgodna z datą nabycia innego tytułu do ubezpieczenia (np. datą rozpoczęcia umowy zlecenie).