

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujących członków mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

L.p.	Nazwisko i imię	stopień pokrewieństw	data urodzenia
.....

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

III. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt.I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie 5 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić