

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
*im .Eugeniusza Piaseckiego*  
61-871 Poznań, ul. Królowej Jadwigi 27/39  
REGON 000327853, NIP 777-00-03-185  
PKD 8542 B



.....  
(imię i nazwisko)

Poznań, dnia .....

.....  
PESEL

### OŚWIADCZENIE

\* Proszę o wyrejestrowanie mnie (oraz członków mojej rodziny) z ubezpieczenia zdrowotnego od dnia ..... w związku z .....

.....

Podpis

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