

Wniosek został złożony w dziekanacie:

....., dnia .....

.....  
(data, podpis i pieczętka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

*Nazwisko i imię:* .....  
*Nr albumu:* .....  
*Kierunek:* .....  
*Specjalność:* .....  
*Poziom studiów:* .....  
*Forma studiów:* .....  
*Data rozpoczęcia studiów:* .....  
*Rok studiów:* .....  
*Telefon/e-mail w domenie @365.sum.edu.pl:* .....  
*Adres do korespondencji:* .....

**Dziekan  
Wydziału .....**  
**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach**

### PODANIE

Zwracam się z prośbą o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w związku z .....

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

Załączniki:

- 1.
- 2.

.....  
podpis studenta/ studentki

**Wyrażam/nie wyrażam\*** zgodę(y) na objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

.....  
Data i podpis osoby upoważnionej