Załącznik nr 2 do instrukcji ubezpieczeń zdrowotnych studentów

Wydział …..……..

Kierunek ……

jednolite studia magisterskie/ I stopień / II stopień*

studia stacjonarne / studia niestacjonarne*

Łódź, dnia |……..-|……..|-|_2_|_0_|_2_|__|

WNIOSEK
O OKRESOWE WYREJESTROWANIE
Z UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH STUDENTA

IMIĘ: |__|__|__|