|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imiona: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesel: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa banku: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer konta bankowego: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia: |  | | | | | | | | | | Miejsce urodzenia: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Nazwisko panieńskie: |  | | | | | | | | | | Telefon: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Nr dowodu osobistego: |  | | | | | | | | | | Data wydania: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Organ wydający dowód osobisty: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr paszportu (obcokrajowcy): |  | | | | | | | | | | Wydany w dniu: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Data początku emerytury/renty: |  | | | | | | | | | | Data końca renty: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Oddział ZUS: |  | | | | | | | | | | Nr emerytury/renty: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Okres niepełnosprawności od…………....do……………: |  | | | | | | | | | | Stopień niepełnosprawności: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania/podatkowy (art. 39 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: |  | | | | | | | | | | Miejscowość: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ulica: |  | | | | | | | | | | Nr domu/lokalu: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Gmina: |  | | | | | | | | | | Województwo: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| NFZ: |  | | | | | | | | | | Urząd Skarbowy: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE DOKTORANTA POLITECHNIKI ŚLĄSKIEJ W SPRAWIE OBJĘCIA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM CHOROBOWYM**  Oświadczam, że chcę podlegać / nie chcę podlegać\* dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia……………….…..\*\* .  \*niepotrzebne skreślić  \*\*data rozpoczęcia studiów doktoranckich lub data zmiany | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE DOKTORANTA POLITECHNIKI ŚLĄSKIEJ W SPRAWIE OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM**  **-** mam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego \*  - nie mam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i chcę być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego  od dnia……………………………………….  Wyjaśnienie: inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, do 26 r. ż. zgłoszenie przez rodzica, bez względu na wiek,  zgłoszenie przez małżonka, umowa o pracę, umowa zlecenie, działalność gospodarcza.  \*niepotrzebne skreślić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że na bieżąco będę przesyłał/a informacje o ewentualnych zmianach.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych.

………………………………………………………………………………  
(Data i podpis doktoranta)