|  |  |
| --- | --- |
| 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)