…………………………………………

 miejscowość, data

Imię i nazwisko ......................................................

Adres…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………….

PESEL …………………………………………………………………..

seria i numer paszportu (dla osób nie posiadających PESEL)……………………………………………………………………

numer telefonu……………………………………………………

LUBELSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

**ZAWIADOMIENIE O REZYGNACJI Z UMOWY DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO nr ………………..………… z dnia ……..…………………………………. roku**

Na podstawie § 9 ust. 1 ww. umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia informuję, że rezygnuję z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ostatnim dniem obowiązywania umowy jest 1………………………….………………………………………….

Zobowiązuję się do wyrejestrowania w ZUS z datą……………………………… umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu 7 dni na drukach ZUS ZWUA, ZUS ZCNA (dotyczy zgłoszonych członków rodziny) i ZUS ZWPA.

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

 czytelny podpis

WAŻNE:

 **Umowa nie może zostać rozwiązana z datą wcześniejszą niż data wpływu zawiadomienia do Narodowego Funduszu Zdrowia.**

**Zawiadomienie wypełnij tylko jeśli twoja umowa wcześniej nie wygasła**