



Narodowy Fundusz Zdrowia
Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie

.....
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:

¹ 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