DZIAŁ PŁAC PW

ul. Noakowskiego 18/20

00-668 Warszawa

**OŚWIADCZENIE**

**O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA  
OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)  
PRACOWNIKÓW, DOKTORANTÓW  
POLITECHNIKI WARSZAWSKIEJ  
 w PZU S.A.**

Okres ubezpieczenia: **od 01.10.2024 r. do 30.09.2025 r.**

Numer polisy: **1086160961**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Pesel |  |
| Jednostka Organizacyjna PW |  |

……………………..

Data i podpis