Załącznik nr 6 do SIWZ

Nr postępowania: ZP/234/055/U/17

Gdańsk, dnia ……

.....
pieczęć Wydziału

Nazwa ubezpieczyciela
adres
fax.
e-mail:

Zgłoszenie do ubezpieczenia

Dotyczy umowy (polisy) ……. – POLITECHNIKA GDAŃSKA – „UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW STUDENTÓW, DOKTORANTÓW, PRACOWNIKÓW POLITECHNIKI GDAŃSKIEJ, A TAKŻE ICH RODZIN, OSÓB TOWARZYSZĄCYCH ORAZ POZOSTAŁYCH OSÓB W TYM MAŁOLETNICH UCZESTNICZĄCYCH W ZAJĄCIACH LUB INNYCH DZIAŁANIACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ POLITECHNIKĘ GDAŃSKĄ”

W załączeniu lista osób:

L.p.	Imię	Nazwisko	PESEL	Data wyjazdu	Pakiet *

* Do wyboru pakiety:
1 – 1 dniowy
7 – do 7 dni
21 – do 21 dni
28 – do 28 dni
42 – do 42 dni

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej