



(imię, nazwisko kandydata)

(adres zamieszkania w Polsce)

(adres zamieszkania zagranicą)

(nr telefonu)

(e-mail)

OŚWIADCZENIE

Ja, oświadczam, że:

-posiadam polisę ubezpieczenia zdrowotnego / Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego / umowę z NFZ na okres kształcenia w Polsce*.

-zobowiązuję się do ubezpieczenia się na okres kształcenia w Polsce*

.....
Data, czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić