



.....  
imię i nazwisko kandydata na studia

.....  
adres stałego miejsca zamieszkania

.....  
adres zamieszkania na terenie RP

telefon kontaktowy: .....

## **OŚWIADCZENIE W SPRAWIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

*Oświadczam, że:*

1. posiadam/nie posiadam\* polisę ubezpieczeniową na wypadek choroby lub następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce.
2. posiadam/nie posiadam\* Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.
3. **w przypadku braku dokumentów określonych w pkt. 1 i 2 zobowiązuje się do zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia zgodnym z miejscem zamieszkania na terytorium RP w terminie 7 dni od daty rozpoczęcia kształcenia i dostarczenia niezwłocznie jej kopii do Działu Kształcenia.**
4. jestem świadomy/świadoma\*, że w przypadku nie dokonania formalności związanych ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, nie mam prawa do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski w placówkach, które zawarły umowę na świadczenie opieki medycznej z NFZ.

.....  
*miejsce i data*

.....  
*czytelny podpis kandydata*