

.....
imię i nazwisko kandydata – cudzoziemca na studia
(pisownia anglojęzyczna zgodna z paszportem)

.....
Miejscowość, data

.....
adres stałego miejsca zamieszkania

.....
adres zamieszkania na terenie Polski

.....
telefon kontaktowy w Polsce

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 wymienionych w pkt 1 lub 2 zobowiązuję się do zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia zgodnym z miejscem zamieszkania na terytorium RP niezwłocznie po rozpoczęciu studiów i dostarczenia jej kopii do Dziekanatu,**
4. jestem świadomy/świadoma*, że w przypadku niedokonania 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.

.....
czytelny podpis kandydata

*niepotrzebne skreślić