



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
(wypełnia cudzoziemiec)

1. Posiadam polisę ubezpieczeniową na wypadek choroby lub następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce
☐ tak ☐ nie
data ważności dokumentu: (rrrr-mm-dd)
2. Posiadam ważną Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego
☐ tak ☐ nie
data ważności dokumentu: (rrrr-mm-dd)
3. Niniejszym zobowiązuję się do zawarcia dobrowolnej umowy ubezpieczenia zdrowotnego z właściwym Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodnym z miejscem zamieszkania na terytorium RP i dostarczenia w ciągu 7 dni od jej podpisania:
 - do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (cudzoziemcy nie posiadający polskiego pochodzenia oraz nie posiadający ważnej Polską Kartę)
 - do Uczelni (obcokrajowcy polskiego pochodzenia).☐ tak ☐ nie

Wrocław, dnia

.....
Czytelny podpis kandydata/ki