

## UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE | HEALTH INSURANCE

---

MIEJSCE, DATA (FORMAT: DD.MM.RRRR)  
PLACE, DATE (FORMAT: DD.MM.YYYY)

---

NAZWISKO IMIĘ / SURNAME NAME

---

MIEJSCE URODZENIA, DATA URODZENIA (FORMAT: DD.MM.RRRR)  
PLACE OF BIRTH, DATE OF BIRTH (FORMAT: DD.MM.YYYY)

---

OBYWATELSTWO / NATIONALITY

---

NUMER PASZPORTU LUB DOWODU OSOBISTEGO  
PASSPORT NUMBER OR ID CARD

Niniejszym oświadczam, że na czas studiów na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu będę objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym. Kserokopię polisy ubezpieczeniowej, która pokrywa koszty leczenia na terytorium RP, albo Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, dostarczę niezwłocznie na Uczelnię wraz z rozpoczęciem kształcenia.

**EN** I hereby declare that during the study period at Wrocław University of Economics and Business I will have a health insurance. A copy of insurance policy or European Health Insurance Card or confirmation about registration at National Health Fund (NFZ) I will deliver immediately to the University with the start of studying.

---

PODPIS ODRĘCZNY  
SIGN (HANDWRITTEN)