

Imię i nazwisko.....
(*First name and surname*)

Data urodzenia.....
(*Date of birth*)

OŚWIADCZENIE
o posiadaniu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego
(*declaration of obligatory health insurance*)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że:

(*Being aware of criminal liability for giving false testimony arising under Article 233 (1) of the Penal Code of 6 June 1997 (Journal of Laws of 2021, item 2345, as amended), I hereby declare that:)*

posiadam ważne ubezpieczenie medyczne na wypadek kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce na kwotę co najmniej 30 000 euro,
(*I have a valid illness and accident insurance policy for the time of studying in Poland amounts to not less than EUR 30 000*)

posiadam Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego,
(*I have the European Health Insurance Card (EHIC)*)

przystąpiłam/przystąpiłem do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia,
(*I signed for the voluntary health insurance in the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia)*)

posiadam inne ubezpieczenie medyczne ważne przez okres kształcenia, pokrywające wszelkie wydatki, które mogą wynikać z powodów medycznych podczas pobytu w Polsce (jakie?)
(*I have another medical insurance valid for the time of studying, covering all expenses that may arise in connection with the medical reasons during my stay in Poland (please specify which)*).....

.....
(*podpis kandydata*)
(*signature of the candidate*)