

OŚWIADCZENIE

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Pod rygorem odpowiedzialności oświadczam również, że w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny powiadomię Uczelnię w terminie **7 dni** od daty jego powstania.

W przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię Uczelnię w terminie **7 dni** od daty powstania tej zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę.

W przypadku uzyskania Karty Pobytu Stałego powiadomię Uczelnię w terminie **7 dni** od dnia otrzymania informacji o uzyskaniu powyższej karty (decyzja przyznania).

Powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....

(data i czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)