

.....
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 DOWODU OSOBISTEGO LUB PASZPORTU

ID NUMBER

Niniejszym potwierdzam, że przystąpię do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia niezwłocznie po przyjeździe do Polski.

Thereby I confirm that I will register in National Health (Narodowy Fundusz Zdrowia) right after arrival to Poland.

.....
PODPIS (ODRĘCZNY)

SIGN (HANDWRITTEN)

Oświadczenie należy wydrukować, odręcznie podpisać i dostarczyć do komisji rekrutacyjnej (skan w trakcie rekrutacji, oryginał po otrzymaniu potwierdzenie przyjęcia).

Please print this confirmation, sign (with handwritten sign) and deliver to Selection Committee (scan with whole set of documents during enrolment and original after receiving confirmation of admission).