

.....
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 / DOWODU OSOBISTEGO
PASSPORT NUMBER / ID CARD

***PL/** 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)