.......................................................

miejscowość, data

**imię i nazwisko:** ................................................................
**nr PESEL:** ...........................................................................
**adres zamieszkania:** ..........................................................

Dział Spraw Studenckich

Sekcja ds. Studiów Doktoranckich

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Fredry 10

**Oświadczenie**

Uprzejmie informuję, że od dnia .......................................... podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu ........................................................................................................................... .

.......................................................................

własnoręczny podpis osoby zgłaszanej do ubezpieczenia