

Katowice,
(data/date)

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 2019 r. poz. 1950, 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 2019, item 1950, 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)