Załącznik nr 6 do Zarządzenia Rektora nr 67/2016 z dnia 7 grudnia 2016

………………………………………. Kraków, dnia ………………………..

 ***imię i nazwisko***

# O Ś W I A D C Z E N I E

 **Ja niżej podpisany(a) przyjąłem/-am do wiadomości konieczność posiadania na czas pobytu za granicą (kraje Unii Europejskiej) dokumentu NFZ zapewniającego pokrycie kosztów leczenia.**

 *(Art. 5 pkt.32 ustawa z dn. 27.08.2004 o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)*

 **Odbywając podróż do kraju spoza Unii Europejskiej zobowiązuję
się wykupić odpowiednią polisę ubezpieczeniową pokrywającą wyłącznie koszty leczenia.**

 **KRAJ:…………………………………………………….**

 **Okres pobytu:…………………………………………**

 **Kraków, dnia……………………………………………**

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

/ *podpis osoby wyjeżdżającej* /

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

 */podpis osoby przyjmującej oświadczenie/*