

.....  
*imię i nazwisko*

Kraków, dnia .....

## 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/*