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/*