|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………..  imię i nazwisko | Wrocław,……………………. |
| ……………………………………  data urodzenia |  |
| ……………………………………..  ……………………………………..  adres zamieszkania |
| Oświadczenie  Zobowiązuję się przystąpić do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia niezwłocznie po rozpoczęciu kształcenia.  …………………………………………………  czytelny podpis kandydata | |