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