

Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia NNW

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a:

.....
(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż na czas trwania zajęć na kursie

.....
.....
prowadzonym przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum na terenie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w terminie - jestem ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW).

Posiadam polisę ubezpieczeniową NNW nr wystawioną przez
..... ważną w okresie od
.....do.....

Miejscowość i data

Czytelny Podpis