

1 października ..... roku / October 1 .....

**DECLARATION / OŚWIADCZENIE**  
**COMPULSORY HEALTH INSURANCE /**  
**OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

I declare, that I am subject to the rules of being subject to COMPULSORY HEALTH INSURANCE as a doctoral student of the Doctoral School. / Oświadczam, że podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako doktorant szkoły doktorskiej.

I undertakes to immediately inform UKW in case of concluding an employment contract or a mandatory agreement. / Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania UKW w przypadku zawarcia umowy o pracę lub umowy zlecenia.

.....

*Signature*