

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy/członka rodziny*

.....
miejsowość i data

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY/CZŁONKA RODZINY* O WYSOKOŚCI SKŁADEK
NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM
ROK AKADEMICKI, W KTÓRYM JEST USTALANE PRAWO
DO STYPENDIUM SOCJALNEGO**

Oświadczam, że w roku kalendarzowym wysokość składki
na ubezpieczenia zdrowotne wyniosła zł gr.

*Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za złożenie
fałszywego oświadczenia.*

.....
(podpis wnioskodawcy/członka rodziny*
składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić