

Załącznik nr 5 do regulaminu rekrutacji



**Oświadczenie o prawie do świadczeń
opieki zdrowotnej finansowanej
ze środków publicznych**

Ja (imię i nazwisko)

oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

.....

Data

.....

Podpis