Toruń, data/date…………………………

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH**

**DOKTORANTA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

**Social Insurance declaration**

**(application for insurance for PhD student)**

**Dane osobowe/Personal details:**

…………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………….

(nazwisko/surname) (imię/name)

………………………………………… ………………………………………………………….. ………………………………………………….

( numer paszportu/passport number) numer dowodu osobistego/ ID card number (numer telefonu/telephone) number)

……………………………………………………………………………… …………………………………………………. …………..……………………………… (nazwa szkoły doktorskiej/name of PhD school ) (stopień naukowy/degree) (przewidywany rok ukończenia/estimated

date for completion)

**Adres stały /Place of residence:**

…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………

(ulica/street number) ( kod pocztowy miasto/postcode/ city)

……………………………………………………………

(kraj/country)

**Adres zamieszkania/Polish Adress:**

…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………

(ulica/street number) (kod pocztowy miasto/ postcode /city)

**Urząd skarbowy/Fiscal office**

Nazwa i adres/Name and adress

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ Application for public health insurance:**

NFZ/Code of National Health Fund in Poland…………………………………………

………………………………………………………………………………………

(podpis/signature)