Załącznik nr 1 do instrukcji ubezpieczeń zdrowotnych studentów

Wydział……

Kierunek……..

jednolite studia magisterskie /I stopień /II stopień *
studia stacjonarne/studia niestacjonarne* Łódź, dnia |……..-|……..|-|_2_|_0_|_2_|__|

WNIOSEK
O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH STUDENTA

od dnia ……..

IMIĘ: |__|__|__|