Załącznik nr 8 do
Z.154.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

Bydgoszcz, dnia ……..…… r.

POLITECHNIKA
BYDGOSKA
Wydział Medyczny

…….
Nazwisko i imię studenta

…….
Numer albumu

…….
Kierunek, rok studiów

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) i następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) poszerzoną o koszty leczenia poekspozycyjnego.

Polisa nr ..... zawarta z firmą ubezpieczeniową .....

ważna w okresie od ..... do .....

……..……..……
czytelny podpis studenta