Dokument 2

## O Ś W I A D C Z E N I E

*Oświadczam, że zapoznałam /-em się z informacjami nt. ubezpieczenia zdrowotnego opracowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zobowiązuję się do przestrzegania właściwej procedury. Przyjmuję do wiadomości zalecenie Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu dotyczące wykupienia dodatkowego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niewykupienia powyższego ubezpieczenia nie będę zgłaszał wobec UE w Poznaniu żadnych roszczeń z tytułu kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków.*

Imię i nazwisko studenta ...........................................................................................................................

Wyjazd do uczelni partnerskiej: ............................................................................................................

............................................................................

Data i podpis

|  |  |
| --- | --- |
| ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | MC900350030[1] |
|  |  |

Dokument 3

POTWIERDZENIE

Student/-ka ...................................................................................... nr albumu .....................

*Imię i nazwisko*

Rok studiów……………..stopień studiów ...................kierunek studiów………………………..

dopełnił/a wszystkich zobowiązań (w tym uzyskał/a zgodę Dyrektora studiów na wyjazd i sporządził/a Learning Agreement) wobec BOS przed wyjazdem na:

* studia w programie ERASMUS+
* studia zagraniczne w ramach umowy międzyuczelnianej \*.

\* niepotrzebne skreślić

Poznań, ......../........./........ Podpis/pieczątka Biura Obsługi Studenta