

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsce i data)

**Uniwersytet Gdański**  
**Biuro Obsługi Studentów Zagranicznych**  
**Bażyńskiego 1a**  
**80-952 Gdańsk**  
**POLSKA**

Ja, ....., obywatel/ka ....., legitymujący/a się  
paszportem nr ..... niniejszym zobowiązuję się do wykupienia ubezpieczenia  
zdrowotnego na czas studiów na Uniwersytecie Gdańskim.

.....  
(podpis)