***Załącznik Nr 7 do Regulaminu świadczeń dla studentów i doktorantów Politechniki Koszalińskiej***

***(wprowadzonego Zarządzeniem Nr 41/2019 Rektora PK z dnia 16.09.2019 r.)***

**Nazwisko i imię osoby składającej oświadczenie ……………………………………………………**

**Stopień pokrewieństwa ………………………………………………………………………………..**

OŚWIADCZENIE   
O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE   
W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASIŁKOWY

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ……........... wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła ….....…… zł ......... gr.

…………..…………………………………

*(podpis osoby składającej oświadczenie)*

*Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

…………………………………. …………..…………………………………

*(miejscowość, data)* *(podpis osoby składającej oświadczenie)*