

**DWM/ Erasmus+ / NFZ / .. / 2023-2024**

**Białystok, dn. ……..**

**DANE OSOBOWE STUDENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: |  |
| Imię/Imiona: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Miejsce urodzenia: |  |
| Adres zameldowania: |  |
| Wydział: |  |
| Kierunek: |  |
| Numer legitymacji studenckiej: |  |

**ZAŚWIADCZENIE**

Niniejszym zaświadcza się, że wyżej wymieniony/a student/ka został/a zakwalifikowany/a na studia w: ………………………………………………………………………………..

*(nazwa instytucji przyjmującej, kraj)*

w roku akademickim 2023/24 w terminie[[1]](#footnote-1) od …………. do …………………., jako stypendysta/ka programu ERASMUS+.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Oddziale Wojewódzkim NFZ.

……………………….………………………………...

Podpis pracownika Działu Współpracy Międzynarodowej

1. Daty pobytu wpisywane są przez pracownika DWM. Dokument należy wypełnić elektronicznie. [↑](#footnote-ref-1)