……………………………………………………………………

Imię i nazwisko studenta, nazwa Uczelni

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesłanie decyzji administracyjnej w sprawie stypendium Ministra Zdrowia w formie dokumentu elektronicznego, która zostanie wysłana z adresu
e-mailowego Ministerstwa Zdrowia: stypendiaministra@mz.gov.pl

Proszę o przesłanie decyzji administracyjnej na wskazany poniżej adres mojej skrzynki
e-mailowej:

……………………………………………………….

Data: własnoręczny podpis studenta

……………………….. …………………………………..