



Hochschule Anhalt

Studierenden-Service-Center
Bernburger Str. 55
06366 Köthen

Erklärung zum Krankenkassennachweis bei Einreise

Declaration on proof of health insurance upon entry

Ich bin darüber informiert, dass ich mich bei einem Aufenthalt in Deutschland krankenversichern muss. Ich verpflichte mich den Nachweis innerhalb von 14 Tagen nach Einreise beim Immatrikulationsamt einzureichen.

I am aware that German health insurance is mandatory for the entire duration of my stay in Germany. I undertake to submit the proof of health insurance to the Enrollment Office within 14 days of entry.

Ich werde das International Office der Hochschule Anhalt über meine Einreise informieren.

I will inform the International Office of Anhalt University about my entry.

<https://www.hs-anhalt.de/international/alles-zum-aufenthalt/corona-contact-form-for-international-students.html>

Name, Vorname *(family name, first name)*

Geburtsdatum *(date of birth)*

Bewerbernummer *(applicant number)*

Studiengang *(degree program)*

Ort, Datum *(place, date)*

Unterschrift *(signature applicant)*