

Upoważnienie do złożenia wniosku o EKUZ lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ

1. Dane osoby, która składa upoważnienie

PESEL		Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia		
	dd / mm / rrrr	
Imię (imiona)		
Nazwisko		
Numer kontaktowy		

2. Adres osoby ubezpieczonej

Ulica				
Nr domu		Numer lokalu		
		Kod pocztowy		
Miejscowość / poczta			Państwo	

Upoważniam Pana / Panią, legitymującego / legitymującą się dowodem osobistym o numerze, PESEL, do złożenia w moim imieniu wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ oraz do odbioru dokumentu.

Jeśli będzie mi potrzebny Certyfikat tymczasowo zastępujący, EKUZ – wyrażam zgodę na jego przesłanie faksem lub pocztą elektroniczną.

Data (dd/mm/rrrr)									

Czytelny podpis