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