

Upoważnienie do złożenia wniosku o EKUZ lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ

1. Dane osoby, która składa upoważnienie

PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<small>dd / mm / rrrr</small>	
Imię (imiona)	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Numer kontaktowy	<input type="text"/>	

2. Adres osoby ubezpieczonej

Ulica	<input type="text"/>				
Nr domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Miejscowość / poczta	<input type="text"/>		Państwo	<input type="text"/>	

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