

Upoważnienie do złożenia wniosku o EKUZ lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ

1. Dane osoby upoważniającej, której wniosek dotyczy

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 ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)
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"/>	
Dane kontaktowe tel./e-mail	<input type="text"/>	

2. Dane osoby upoważnionej

Imię (imiona)	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

Upoważniam Pana / Panią wskazaną w pkt 2, 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.

<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"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	---	---	---	---	---	---	---

Data (dd/mm/rrrr)

<input type="text"/>

Czytelny podpis (imię i nazwisko)