

**Odpis Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
lub Certyfikatu Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami.

1. Informacje dotyczące instytucji właściwej, która wystawiła EKUZ lub CZEKUZ

1.1. Nazwa Kod

1.2. Adres(*)

Ulica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

2. Informacje dotyczące uprawnionego

2.1. Nazwisko

2.2. Imię (imiona)

2.3. Data urodzenia

2.4. Osobisty numer identyfikacyjny

3. Osoba wymieniona w punkcie 2 otrzymała świadczenia zdrowotne na podstawie dokumentu:

z dnia

ważny od do

Numer identyfikacyjny dokumentu

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

ważna do

Numer identyfikacyjny dokumentu

4. Przyczyna ręcznego sporządzenia odpisu dokumentu:

Potwierdzam zgodność danych zawartych w odpisie z danymi zawartymi w dokumencie oryginalnym.

Data i miejsce sporządzenia odpisu:

Imię i nazwisko osoby sporządzającej odpis:

.....

.....

(*) Adres – ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo