



Opis:

CC – KOD PAŃSTWA

3. NAZWISKO

4. IMIĘ

5. DATA URODZENIA

6. OSOBISTY NUMER IDENTYFIKACYJNY

7. NUMER IDENTYFIKACYJNY INSTYTUCJI

8. NUMER IDENTYFIKACYJNY KARTY

9. DATA UPŁYWU WAŻNOŚCI

Pieczętka świadczeniodawcy

**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 ... NUMER IDENTYFIKACYJNY INSTYTUCJI (poz. nr. 7)

Kod : CC – KOD PAŃSTWA

1.2.

Adres<sup>(\*)</sup> .....

2. Informacje dotyczące uprawnionego

2.1.

Nazwisko ... NAZWISKO

2.2.

Imię (imiona) ..... IMIE

2.3.

Data urodzenia ... DATA URODZENIA

2.4.

Osobisty numer identyfikacyjny OSOBISTY NUMER IDENTYFIKACYJNY (poz. nr. 6)

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

Certyfikat Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego

z dnia .....

ważny od ..... do .....

Numer identyfikacyjny dokumentu .....

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

ważna do ..... DATA UPŁYWU WAŻNOŚCI ... (poz. nr 9).....

Numer identyfikacyjny dokumentu NUMER IDENTYFIKACYJNY KARTY ( poz. nr 8)

4. Przyczyna ręcznego sporządzenia odpisu dokumentu:

Np. brak ksera

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

Data i miejsce sporządzenia odpisu:

Imię i nazwisko osoby sporządzającej odpis:

<sup>(\*)</sup> Adres – ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo