

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 _____ **Kod** _____

1.2.

Adres^(*)

PAŃSTWO _____

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:

Certyfikat Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego

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