

**Upoważnienie do złożenia wniosku oraz odbioru EKUZ lub Certyfikatu tymczasowo
zastępującego EKUZ dla osoby trzeciej**

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr dokumentu tożsamości

.....
Adres

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana upoważniam Pana, legitymującego(ą) się dowodem osobistym o numerze, nr PESEL, do złożenia w moim imieniu wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ oraz do odbioru dokumentu.

W razie konieczności uzyskania Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ wyrażam zgodę na jego przesłanie za pośrednictwem faksu lub poczty elektronicznej*.

.....
czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić