**Upoważnienie do złożenia wniosku o EKUZ lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ**

**1**. **Dane osoby, która składa upoważnienie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data urodzenia** |  |  |  |  |  |  |  |  |

 dd / mm / rrrr

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer kontaktowy** |  |

**2**. **Adres osoby ubezpieczonej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr domu** |  | **Numer lokalu** |  | **Kod pocztowy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość / poczta** |  | **Państwo** |  |

Upoważniam Pana / Panią …………………………………………, 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data (dd/mm/rrrr) Czytelny podpis