

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

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:

.....

.....

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