

Pieczętka świadczeniodawcy

**Odpis Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego  
lub Certyfikatu Zastępczego Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami

**1. Informacje dotyczące instytucji właściwej, która wydała EKUZ lub Certyfikat Zastępczy EKUZ**

1.1 Kod instytucji właściwej (poz. 7 z EKUZ i CZEKUZ)

1.2 Nazwa / Adres instytucji właściwej

**2. Informacje dotyczące uprawnionego**

2.1 Nazwisko (poz. 3 z EKUZ i CZEKUZ)

2.2 Imię (imiona) uprawnionego (poz. 4 z EKUZ i CZEKUZ)

2.3 Data urodzenia (poz. 5 z EKUZ i CZEKUZ)

2.4 Osobisty nr identyfikacyjny (poz. 6 z EKUZ i CZEKUZ)

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

3.1 Certyfikat Zastępczy Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego

z dnia (poz. C z CZEKUZ) .....

ważny od (poz. A CZEKUZ) ..... do (poz. B CZEKUZ) .....

Numer identyfikacyjny dokumentu (poz. 8 CZEKUZ)

3.2 Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

ważna do (poz. 9 z EKUZ) .....

Numer identyfikacyjny dokumentu (poz. 8 z EKUZ)

**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:

.....

.....