## 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