

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr dokumentu tożsamości

.....
Adres

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany / podpisana upoważniam Pana / Panią,
legitymującego(a) się dowodem osobistym o numerze, nr PESEL
....., do złożenia w moim imieniu wniosku oraz odbioru Europejskiej Karty
Ubezpieczenia Zdrowotnego / przesłania na adres*

.....
czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić