UBEZPIECZONY – MOCODAWCA:

……..
imię i nazwisko

……..
numer PESEL

…….
seria i numer dowodu osobistego

……
adres

……
nazwa i adres pracodawcy

UPOWAŻNIONY:

…….…..
imię i nazwisko

……..
numer PESEL

……..
seria i numer dowodu osobistego

……..
adres

U P O W A Ż N I E N I E

Upoważniam ……..……, reprezentującego mojego pracodawcę, do:

☐ podpisania w moim imieniu wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego*

☐ złożenia w moim imieniu wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego*

☐ osobistego odbioru wygenerowanej karty EKUZ*

☐ odbioru wygenerowanej karty EKUZ przesłanej drogą pocztową na adres: ……..…*

……..
podpis ubezpieczonego

……...
miejscowość, data

*** - odpowiednie zaznaczyć**