

WZÓR

.....
(Data dd/mm/rr)

Upoważnienie

Ja niżej podpisana/podpisany.....
(nazwisko i imię)

legitymująca/y się..... ,
(nazwa dokumentu, seria, numer)

upoważniam Panią/Pana
(nazwisko i imię)

legitymująca/ego się ,
(nazwa dokumentu, seria, numer)

do złożenia w moim imieniu wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia
Zdrowotnego oraz jej odbioru.

.....
(czytelny podpis)