

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
adres

PESEL:

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a,, oświadczam,
że pan/pani, legitymująca się dowodem osobistym
o numerze, nr PESEL, został/a przeze
mnie upoważniony/a do złożenia w moim imieniu wniosku o wydanie Europejskiej
Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego i odebrania karty w Oddziale NFZ.

.....
czytelny podpis