**Wzór upoważnienia do złożenia wniosku oraz odbioru EKUZ lub Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ dla osoby trzeciej**

………………………..

*Miejscowość, data*

…………………………

*Imię i nazwisko*

…………………………

*PESEL*

………………………..

*Nr dokumentu tożsamości*

……………………….

…………………….

*Adres*

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany / podpisana\* upoważniam Pana / Panią\* …………………………………………, legitymującego(ą) się dowodem osobistym o numerze ……………………………, nr PESEL …………………….., do złożenia w moim imieniu wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ oraz do odbioru dokumentu.

W razie konieczności uzyskania Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ wyrażam zgodę na jego przesłanie za pośrednictwem faksu lub poczty elektronicznej\*.

………………………

*czytelny podpis*

\* Niepotrzebne skreślić