……………..………………………....

Miejscowość, data

………………………………………………..

(Imię i nazwisko)

…………………………………………………

PESEL

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany/podpisana\* upoważniam Pana/Panią\* …….…..……………………… ……………………………………legitymującego(ą) się dowodem osobistym/paszportem
o numerze ………………………………, nr PESEL ……….……………………….....
do złożenia w moim imieniu *Wniosku o refundację poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim UE lub EFTA.*

…………………..………………………..

czytelny podpis

\* Niepotrzebne skreślić