

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*PESEL*

.....  
*Nr dokumentu tożsamości*

.....  
*Adres*  
.....

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany / podpisana upoważniam Pana / Panią .....,  
legitymującego(a) się dowodem osobistym o numerze ....., nr PESEL  
....., do złożenia w moim imieniu wniosku oraz odbioru Europejskiej Karty  
Ubezpieczenia Zdrowotnego / przesłania na adres\* .....

.....  
*czytelny podpis*

\* Niepotrzebne skreślić