

WNIOSEK O EUROPEJSKĄ KARTĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (EKUZ)

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Dane osoby uprawnionej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Cel wyjazdu:

Proszę zaznaczyć właściwy cel wyjazdu i podać okres ważności EKUZ: - Turystyka - Praca tymczasowa -
Studia - Leczenie - Inne (proszę określić):

Okres ważności EKUZ (od – do): _____

Oświadczenia wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że wyjazd odbywa się na terytorium Unii Europejskiej lub państw EFTA. 2. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych. 3. Zobowiązuję się do zwrotu kosztów, jeśli EKUZ zostanie wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem. 4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku.

Podpis wnioskodawcy: _____

Podpis urzędnika przyjmującego wniosek

Data przyjęcia wniosku

Podpis : _____

Data : _____

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://wniosek-specjalista.com/ekuz-wniosek/>

Czy ten wzor był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorow na stronie:

<https://wniosek-specjalista.com>

Zobacz więcej wzorow

Ten wzor jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzor ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.