

KATOWICE, .....

*Miejscowość, data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*PESEL*

.....  
*Seria i numer dowodu osobistego*

.....

.....  
*Adres*

### **UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany upoważniam Panią ....., legitymującą się dowodem osobistym o numerze ....., nr PESEL ....., do złożenia w moim imieniu wniosku oraz odebrania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

.....

*czytelny podpis*