

**Prawo do planowanego leczenia**

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia prawa do określonego rodzaju leczenia planowanego za granicą. Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia instytucji opieki zdrowotnej w państwie, w którym będzie prowadzone leczenie może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie. Może Pan/Pani mieć prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu. Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji opieki zdrowotnej znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Aktualny adres

1.6.1 Ulica, nr

1.6.3 Kod pocztowy

1.6.2 Miasto

1.6.4 Symbol państwa

2. RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

2.1 Rodzaj leczenia

2.2 Miejsce leczenia

2.3 Przewidywany okres leczenia

2.3.1 Data rozpoczęcia

2.3.2 Data zakończenia

(*) Art. 20, 27 i 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 26 i 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez osobę uprawnioną, jeśli nie są znane tej instytucji.

S2



Prawo do planowanego leczenia

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Nazwa

3.2 Ulica, nr

3.3 Miasto

3.4 Kod pocztowy

3.5 Symbol państwa

3.6 Identyfikator instytucji

3.7 Numer faksu

3.8 Numer telefonu

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Podpis

PIECZĘĆ