

**Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego  
w państwie ostatniego miejsca pracy**

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

**INFORMACJE DLA POSIADACZA**

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca Pana/Pani pracy.

Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu pobytu może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie.

Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego 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

1.7 Osobisty numer identyfikacyjny w państwie członkowskim ostatniego miejsca pracy

1.8 Status

 1.8.1 Były pracownik przygraniczny 1.8.2 Członek rodziny byłego pracownika przygranicznego**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA**

Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do

 2.1 kontynuacji leczenia, które rozpoczęła w państwie ostatniego miejsca pracy, tzn. (\*\*\*)

2.1.1 charakter leczenia / choroba

 2.2 leczenia w państwie ostatniego miejsca pracy (\*\*\*)

(\*) Art. 28 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 29 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(\*\*) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

(\*\*\*) Należy podać państwo członkowskie ostatniego miejsca pracy.

S3



## Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego w państwie ostatniego miejsca pracy

### 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