

.....  
(imię i nazwisko)

Data.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(nr dowodu osobistego - w przypadku braku PESEL)

.....  
(nr telefonu)

**Podkarpacki Oddział Wojewódzki  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Rzeszowie  
Wydział Współpracy Międzynarodowej  
Ul. Zamkowa 8  
35-032 Rzeszów**

Proszę o wystąpienie w moim imieniu do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
(nazwa i adres zagranicznej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego)

o wydanie **dokumentu S1/S072** „Rejestracja w celu objęcia opieką zdrowotną” na  
okres od .....

(data od kiedy ma nastąpić przeniesienie uprawnień)

dla .....

(dane osoby dla której ma być wystawiony dokument S1)

Numer identyfikacyjny / ubezpieczenia .....

Numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczeniowej .....

Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a w (kraj) .....

z tytułu .....

Do prośby załączam kopie karty EKUZ (zaznaczyć właściwe)

TAK

NIE

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Proszę również o przesłanie prośby o S1/S072 dla członków rodziny:

Imię i nazwisko	PESEL	Adres zamieszkania

.....

(podpis wnioskodawcy)