

## EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – WZÓR 1

Pole 1 → EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

Pole 1a → [Signature]

Pole 2 → DE

Pole 3 → 3 Name  
MUSTERMANN

Pole 4 → 4 Vornamen  
FRIEDRICH

Pole 5 → 5 Geburtsdatum  
17/12/1970

Pole 6 → 6 Persönliche Kennnummer  
A123456789

Pole 7 → 7 Kennnummer des Trägers  
1234567890 - ABCDEFGHIJKLMNO

Pole 8 → 8 Kennnummer der Karte  
8027612345A123456789

Pole 9 → 9 Ablaufdatum  
31/12/2010

## EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – WZÓR 2

Pole 1 → EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD

Pole 2 → NL

Pole 3 → 3 Name  
Kempe

Pole 4 → 4 Given names  
D.

Pole 5 → 5 Date of birth  
27/03/1957

Pole 6 → 6 Personal identification number  
096074309

Pole 7 → 7 Identification number of the institution  
7007 - Agis

Pole 8 → 8 Identification number of the card  
80528070070000000001

Pole 9 → 9 Expiry date  
27/03/2006

**Pole 1** Rodzaj dokumentu – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

**Pole 1a** Miejsce na podpis uprawnionego

**Pole 2** Symbol (kod) kraju instytucji właściwej

**Pole 3** Nazwisko uprawnionego

**Pole 4** Imię uprawnionego

**Pole 5** Data urodzenia uprawnionego

**Pole 6** Numer identyfikacyjny osoby uprawnionej - nr ewidencyjny w UE/EFTA

**Pole 7** Kod instytucji właściwej (ubezpieczyciela)

**Pole 8** Numer identyfikacyjny EKUZ

**Pole 9** Data wygaśnięcia ważności karty (data ważności do...)

# PROWIZORYCZNY CERTYFIKAT ZASTĘPCZY EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - WZÓR

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE  
EUROPÄISCHE KRAKENVERSICHERUNGSKARTE**

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003  
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bezeichnung des Vordrucks</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">E- <span style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; display: inline-block;"></span></div> | <b>Ausgabemitgliedstaat</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">AT</span></div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Angaben zum Karteninhaber**

3. Name: SMITH

4. Vornamen: JOHANN

5. Geburtsdatum: 17 / 03 / 1955

6. Persönliche Kennnummer: 123 000 5678

**Angaben zum zuständigen Träger**

7. Kennnummer des Trägers: 1100 - WGKK

**Angaben zur Karte**

8. Kennnummer der Karte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

9. Ablaufdatum: XX / XX / XXXX

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gültigkeitsdauer der Bescheinigung</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="margin-bottom: 5px;">a) vom: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">01</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">12</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">2005</span></div> <div style="margin-bottom: 5px;">b) bis: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">31</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">12</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">2005</span></div> </div> <div style="width: 5%;"></div> <div style="width: 45%;"> <b>Ausgabedatum der Bescheinigung</b><br/> <div style="margin-top: 5px;">c) <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">14</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">12</span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">2005</span></div> </div> </div> | <div style="margin-top: 20px;"> d) Stempel des Trägers und Unterschrift </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="font-size: small; text-align: center; margin-top: 5px;">             Dräger medical<br/>             Drägerwerk AG &amp; Co. KG<br/>             Perlebergstrasse 67<br/>             1100 Wien<br/>             Österreich         </div> </div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Hinweise und Informationen:  
Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

- Ad.2. Symbol (kod) kraju instytucji właściwej
  - Ad.3. Nazwisko uprawnionego
  - Ad.4. Imię uprawnionego
  - Ad.5. Data urodzenia uprawnionego
  - Ad.6. Numer identyfikacyjny osoby uprawnionej – nr ewidencyjny w UE/EFTA
  - Ad.7. Kod instytucji właściwej (ubezpieczyciela)
  - Ad.8. Numer identyfikacyjny EKUZ
  - Ad.9. Data wygaśnięcia ważności EKUZ (data ważności do...)
  - Ad.a) Okres ważności Certyfikatu (od...)
  - Ad.b) Okres ważności Certyfikatu (do...)
  - Ad.c) Data wydania Certyfikatu
  - Ad.d) Podpis i pieczęć instytucji właściwej (ubezpieczyciela)
- }
nie zawsze występują

## POŚWIADCZENIE FORMULARZA E 106 - WZÓR

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pieczęćka instytucji <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>Narodowy Fundusz Zdrowia</b><br/> <b>Oddział Wojewódzki W KRAKOWIE</b> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
| <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">1</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">2</span> </div> <b>POŚWIADCZENIE nr 06/106/08/00111</b><br>potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej                                                                    |                                                                                                                                                          |
| Imiona<br><b>TOMASZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nazwisko (a)<br><b>NOWAK</b>                                                                                                                             |
| Data urodzenia<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>12<br/><small>dzień</small></span> <span>12<br/><small>miesiąc</small></span> <span>1970<br/><small>Rok</small></span> </div>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |
| Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych<br><br><b>70121211111</b>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                          |
| Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu<br><br><b>6207621310</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                          |
| Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><b>KRAKÓW</b><br/><small>miejscowość</small></span> <span><b>35-050</b><br/><small>kod pocztowy</small></span> <span><b>REKAWKA</b><br/><small>ulica</small></span> <span><b>780</b><br/><small>nr domu</small></span> <span><b>5</b><br/><small>nr lokalu</small></span> </div> |                                                                                                                                                          |
| Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotne<br><br>REVIRNI BRATRSKA POKLADNA, ZDRAVOTNI POJISTOVNA<br>MICHALKOVIČKA 108 71015 SLEZSKA OSTRAVA CZECHY                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |
| Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji<br><br><b>PEŁEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
| Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<br><br>od dnia 01.07.2005 do 31.12.2005 - <b>okres ważności dokumentu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |
| <b>data wystawienia dokumentu</b><br><br>28.11.2005<br><small>data</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="border-top: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <small>stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument</small> |

Ad.1. Rodzaj dokumentu upoważniającego

Ad.2. Numer formularza , gdzie:

- pierwsze dwie cyfry (06) stanowią kod Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który wydał dokument;
- kolejne trzy cyfry (106) to rodzaj formularza typu E, na podstawie którego wydano Poświadczenie (w tym wypadku E106);
- kolejne dwie cyfry (08) to rok, w którym dokument został zarejestrowany (w tym wypadku 2008 r.);
- pozostałe cyfry są identyfikatorem dokumentu w systemie OW NFZ.

# FORMULARZ E112 – WZÓR W JĘZYKU OBCYM

VERWALTUNGSKOMMISSION  
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT  
DER WANDERARBEITNEHMER

E 112

(1)

## BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer i; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22 Buchstabe a; Artikel 31  
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 31 Absätze 1 und 3

Der zuständige Träger oder der Träger des Wohnorts des Versicherten, des Rentners oder des Familienangehörigen stellt dem Versicherten, dem Rentner oder dem Familienangehörigen diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder der Rentner ins Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

|     |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Versicherter<br><input type="checkbox"/> Selbständiger<br><input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)<br><input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem) | <input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Versicherten<br><input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Selbständigen<br><input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)<br><input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem) |
| 1.1 | Name(n) <sup>(2)</sup> : .....                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.2 | Vorname(n) <sup>(2)</sup> : .....                                                                                                                                                                  | Geburtsdatum: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1.3 | Frühere Namen: .....                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.4 | Anschrift im zuständigen Land: .....                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.5 | Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt: .....                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.6 | Persönliche Kenn-Nr. <sup>(4)</sup> : .....                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.  | Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|     | <input type="checkbox"/> bei Krankheit und Mutterschaft <input type="checkbox"/> bei außerberuflichem Unfall <sup>(5)</sup>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|     | in ..... (Staat) weiterzubeziehen,                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.1 | <input type="checkbox"/> wohin sie umzieht,                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> wohin sie sich zur Behandlung bei <sup>(6)</sup> .....                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|     | oder bei jeder ähnlich geareteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.3 | <input type="checkbox"/> wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3.  | Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen vom ..... bis einschließlich ..... erbracht werden.                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4.  | Ein Bericht unseres Vertrauensarztes                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4.1 | <input type="checkbox"/> ist in verschlossenem Umschlag beigelegt.                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4.2 | <input type="checkbox"/> wurde am ..... an <sup>(7)</sup> ..... gesandt.                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4.3 | <input type="checkbox"/> kann bei uns angefordert werden.                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4.4 | <input type="checkbox"/> wurde nicht erstellt.                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.  | Zuständiger Träger                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.1 | Bezeichnung: .....                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.2 | Kenn-Nr. des Trägers: .....                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.3 | Anschrift: .....                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.4 | Stempel                                                                                                                                                                                            | 5.5 Datum: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|     |                                                                                                                                                                                                    | 5.6 Unterschrift: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

# FORMULARZ E112 – WZÓR W JĘZYKU POLSKIM

KOMISJA ADMINISTRACYJNA  
DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  
PRACOWNIKÓW MIGRUJĄCYCH

E 112

(<sup>1</sup>)

## ZAŚWADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA PRAWA DO AKTUALNIE PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAZIE CHOROBY LUB MACIERZYŃSTWA

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 22 ust. 1 lit. b) ppkt i); art. 22 ust. 1 lit. c) ppkt i); art. 22 ust. 3; art. 22 lit. a); art. 31

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 22 ust. 1 i 3; art. 23; art. 31. ust. 1 i 3

Institucja właściwa lub instytucja miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej, emeryta/rendisty lub członka rodziny powinna wystawić formularz dla osoby ubezpieczonej, emeryta/rendisty lub członka rodziny. Jeżeli osoba ubezpieczona lub emeryt/rendista udaje się do Zjednoczonego Królestwa, jeden egzemplarz formularza należy wysłać również do „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre” (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wy kropkowanych.

Formularz składa się z 2 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona<br><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> emeryt/rencista (pracownik najemny)<br><input type="checkbox"/> emeryt/rencista (osoba prowadząca działalność na własny rachunek) | <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej<br><input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby prowadzącej działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rendisty (pracownik najemny)<br><input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rendisty (osoba prowadząca działalność na własny rachunek) |
| 1.1 | Nazwisko(-a)( <sup>2</sup> ): .....                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1.2 | Imię (imiona)( <sup>2</sup> ): .....                                                                                                                                                                                                                                                  | Data urodzenia: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1.3 | Poprzednie imiona i nazwiska: .....                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1.4 | Adres państwa właściwym: .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1.5 | Adres w państwie, do którego udaje się osoba ubezpieczona: .....                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1.6 | Osobisty numer identyfikacyjny( <sup>3</sup> ): .....                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.  | Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do zachowania prawa do świadczeń rzeczowych                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|     | <input type="checkbox"/> w razie choroby lub macierzyństwa<br><input type="checkbox"/> z tytułu ubezpieczenia od wypadków niebędących wypadkami przy pracy ( <sup>5</sup> )<br>w ..... (państwo), do którego się udaje                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.1 | <input type="checkbox"/> w celu zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia w( <sup>6</sup> )<br>.....<br>lub w innym zakładzie o podobnym charakterze, w przypadku niezbędnego ze względów medycznych przeniesienia w związku z tym leczeniem.                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.3 | <input type="checkbox"/> w celu przesłania próbek biologicznych do analizy, bez potrzeby obecności zainteresowanej osoby.                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.  | Świadczenia te można uzyskać, na podstawie niniejszego zaświadczenia, od dnia ..... do dnia ..... włącznie.                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.  | Orzeczenie naszego lekarza przeprowadzającego badanie                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.1 | <input type="checkbox"/> jest dołączone do niniejszego formularza w zapieczętowanej kopercie                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.2 | <input type="checkbox"/> zostało wysłane w dniu ..... do( <sup>7</sup> ) .....                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.3 | <input type="checkbox"/> zostanie przez nas wysłane na życzenie                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.4 | <input type="checkbox"/> nie zostało wystawione                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.  | Instytucja właściwa                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.1 | Nazwa instytucji: .....                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.2 | Numer identyfikacyjny instytucji: .....                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.3 | Adres: .....                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.4 | Pieczęć                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5.5 Data: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5.6 Podpis: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# FORMULARZ S2 - WZÓR

S2



Coordination of Social Security Systems

**Prawo do planowanego leczenia**  
**Entitlement to scheduled treatment**  
EU Regulations 883/04 and 987/09 (\*)

## INFORMATION FOR THE HOLDER

This is your certificate of entitlement to certain medical treatment abroad. If you present it to the health care institution in the State where the treatment will be provided, you will receive medical treatment under the same conditions as persons insured in that State.

You may be entitled to a supplementary reimbursement according to national reimbursement rates.

Your health care institution will advise you on this. For a list of health care institutions, see <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

## 1. PERSONAL DETAILS OF THE HOLDER

### DANE OSOBOWE POSIADACZA

|       |                                                              |                                                                      |                                       |
|-------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.1   | Personal Identification Number in the competent Member State | → numer identyfikacyjny osoby uprawnionej - nr ewidencyjny w UE/EFTA |                                       |
| 1.2   | Surname                                                      | nazwisko                                                             |                                       |
| 1.3   | Forenames                                                    | imię/imiona                                                          |                                       |
| 1.4   | Surname at birth (**)                                        | nazwisko rodowe                                                      |                                       |
| 1.5   | Date of birth                                                | data urodzenia                                                       |                                       |
| 1.6   | Current address                                              | aktualny adres                                                       |                                       |
| 1.6.1 | Street, N°                                                   | ulica, numer                                                         | 1.6.3 Post code kod pocztowy          |
| 1.6.2 | Town                                                         | miasto                                                               | 1.6.4 Country code symbol (kod) kraju |

## 2. KIND AND LOCATION OF TREATMENT

### RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

|       |                              |                             |                                    |
|-------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 2.1   | Treatment                    | rodzaj leczenia             |                                    |
|       |                              |                             |                                    |
|       |                              |                             |                                    |
|       |                              |                             |                                    |
| 2.2   | Location of the treatment    | miejsce leczenia            |                                    |
|       |                              |                             |                                    |
|       |                              |                             |                                    |
| 2.3   | Expected period of treatment | przewidywany okres leczenia |                                    |
| 2.3.1 | Start date                   | data rozpoczęcia leczenia   | 2.3.2 End date data końca leczenia |

(\*) Regulations (EC) No 883/2004, articles 20, 27 and 36, and 987/2009, article 26 and 33.

(\*\*) Information given to the institution by the holder when this is not known by the institution.

S2



**Prawo do planowanego leczenia**  
**Entitlement to scheduled treatment**

**3. INSTITUTION COMPLETING THE FORM**

**INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ**

|      |                 |                             |     |              |                    |
|------|-----------------|-----------------------------|-----|--------------|--------------------|
| 3.1  | Name            | nazwa instytucji            |     |              |                    |
| 3.2  | Street, N°      | ulica, numer                |     |              |                    |
| 3.3  | Town            | miasto                      |     |              |                    |
| 3.4  | Post code       | kod pocztowy                | 3.5 | Country code | symbol (kod) kraju |
| 3.6  | Institution ID  | kod instytucji              |     |              |                    |
| 3.7  | Office fax N°   | numer faksu                 |     |              |                    |
| 3.8  | Office phone N° | numer telefonu              |     |              |                    |
| 3.9  | E-mail          | adres e-mail                |     |              |                    |
| 3.10 | Date            | data wystawienia formularza |     |              |                    |
| 3.11 | Signature       | podpis                      |     |              |                    |

**STAMP** **PIECZĘĆ INSTYTUCJI WŁAŚCIWEJ**