

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Ulica, numer domu, numer lokalu)

.....
(Kod pocztowy, Miejscowość)

.....

.....
(Miejscowość, data)

Ja,, legitymująca/y się dowodem osobistym
(imię i nazwisko) (seria i numer dowodu osobistego)
upoważniam pana/panią, legitymującą/ego się dowodem
(imię i nazwisko)
osobistym do reprezentowania mnie przed Narodowym Funduszem
(seria i numer dowodu osobistego)
Zdrowia w sprawie zwrotu kosztów za świadczenia zdrowotne poniesione w innym państwie
członkowskim UE lub EOG, w następującym zakresie:

- 1) złożenia wniosku o zwrot kosztów leczenia wraz z załącznikami, *
- 2) uzupełniania dokumentów załączonych do wniosku lub zmiany danych we wniosku, *
- 3) odbioru przyznanej kwoty zwrotu kosztów wraz z określeniem sposobu tego odbioru, *

.....
(Czytelny podpis upoważniającego)

*) niepotrzebne skreślić uzupełniając zakres umocowania

Adres do korespondencji osoby upoważnionej:

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Ulica, numer domu, numer lokalu)

.....
(Kod pocztowy, Miejscowość)

.....