**Euroopa ravikindlustuskaardi avaldus**

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

IGALE ISIKULE TULEB TÄITA PERSONAALNE AVALDUS

**Taotleja andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefon(-id) |  |

**Palun täitke kui taotlete kaarti oma alla 19 aastasele lapsele või eestkostetavale:**

Oma alla 19 a lapsele     Seadusjärgsele esindatavale

|  |  |
| --- | --- |
| Lapse või eestkostetava ees- ja perekonnanimi |  |
| Lapse või eestkostetava isikukood |  |

**Soovin kaarti kätte saada lihtkirjana järgmisel aadressil:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| */tänav/talu/* |  | */maja/* |  |
| */küla/alevik/* |  | */korter/* |  |
| */vald/linn/* |  | */indeks/* |  |
| */maakond/* |  | */riik/* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  |  |

NB! Seadusjärgset esindusõigust omavale inimesele väljastatakse kaart lihtkirjaga avalduses toodud aadressil, kui koos avaldusega esitati esindusõigust tõendav dokument

Käesolevaga soovin tühistada varasemalt väljastatud Euroopa ravikindlustuskaardi.

KUUPÄEV "    "       20     
ALLKIRI