**Euroopa ravikindlustuskaardi avaldus  
*Igale isikule tuleb täita personaalne avaldus***

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**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

**MÄRGISTAGE PALUN KAARDI KÄTTESAAMISE VIIS** *(tähistada vastav ruut):*

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.

Allkiri

Kuupäev: Kliki siia kuupäeva sisestamiseks