

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

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.

KUUPÄEV " " 20

ALLKIRI