

**CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO  
DE LA  
TARJETA SANITARIA EUROPEA**

*conforme a lo dispuesto en el anexo II de la Decisión nº S2,  
relativa a las características técnicas de la tarjeta sanitaria europea*

*Estado miembro emisor*

1.

2. ...

*Información relativa al titular de la tarjeta*

3. Apellido(s): .....
4. Nombre(s): .....
5. Fecha de nacimiento: .../.../.....
6. Número de identificación personal: .....

*Información relativa a la institución competente*

7. Número de identificación de la institución:  
.....

*Información relativa a la tarjeta*

8. Número de identificación de la tarjeta: .....
9. Fecha de expiración: .../.../.....

*Período de validez del certificado*

- a) Desde: .../.../.....  
b) Hasta: .../.../.....

*Fecha de expedición del certificado*

c) .../.../.....

*Firma y sello de la institución*

d)

*Notas e información*

*Todas las normas aplicables a los datos legibles a simple vista incluidos en la tarjeta europea y relacionadas con la descripción, los valores, la longitud y las observaciones de los campos de datos son aplicables también al certificado.*