

**POTVRZENÍ DOČASNĚ  
NAHRAZUJÍCÍ  
EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ,**

*jak vymezuje příloha II rozhodnutí č. S2  
o technických specifikacích evropského průkazu zdravotního pojištění*

*Kód vydávající země*

1.

2. ...

*Informace o pojištěnci*

3. Příjmení: .....
4. Jméno: .....
5. Datum narození: .../.../.....
6. Číslo pojištění: .....

*Informace o kompetentní instituci*

7. Kód ZP:

.....

*Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění*

8. Číslo průkazu: .....
9. Platnost do: .../.../.....

*Doba platnosti*

*Datum vydání formuláře*

a) Od: .../.../.....

b) Do: .../.../.....

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

*Podpis a razítko instituce*

d)

*Poznámky a informace*

*Všechny normy použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvů polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto potvrzení.*