**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