

LEGITYMACJA
OSOBY POSZKODOWANEJ
POZA GRANICAMI PAŃSTWA



okładka przód

Fotografia
o wymiarach
30 x 35 mm



podpis posiadacza legitymacji

strona 1

Nazwisko

Imię

PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość:

Adres zamieszkania

Schorzenia wg ICD-10

Termin ważności

Nr legitymacji: 123456

2

strona 2

Miejsce służby/pracy w kraju

Adres

Miejsce służby/pracy poza granicami państwa
.....

Nazwa jednostki

Termin

Nr legitymacji: 123456

3

strona 3

Legitymacja poświadczca uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 47b ust. 1 i 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

.....
(data i miejsce wydania)

mp.

Nr legitymacji: 123456

4

strona 4

Zmiany dotyczące danych zawartych na stronach 2 i 3 legitymacji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nr legitymacji: 123456

5

strona 5

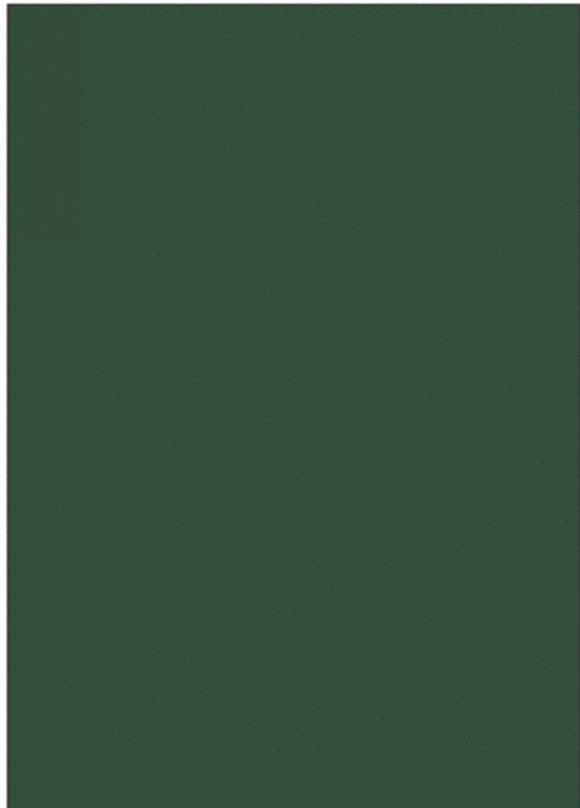
Zmiany dotyczące danych zawartych na stronach 2 i 3 legitymacji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nr legitymacji: 123456

6

strona 6



okładka tył