

**CERTIFICAT PROVISOIRE DE REMPLACEMENT
DE LA
CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE**

*conforme à l'annexe II de la décision S2
concernant les caractéristiques techniques de la carte européenne d'assurance maladie*

État membre d'émission

1.

2. ...

Informations relatives au titulaire de la carte

3. Nom:

4. Prénoms:

5. Date de naissance: .../.../.....

6. Numéro d'identification personnel:

Informations relatives à l'institution compétente

7. Numéro d'identification de l'institution:
.....

Informations relatives à la carte

8. Numéro d'identification de la carte:

9. Date d'expiration: .../.../.....

Période de validité du certificat

Date de délivrance du certificat

a) Du: .../.../.....

b) au: .../.../.....

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

Signature et cachet de l'institution

d)

Notes et informations

Toutes les normes applicables aux données visibles figurant sur la carte européenne et relatives à la description, aux valeurs et à la longueur des champs de données ainsi qu'aux remarques qui s'y rapportent s'appliquent également au certificat.