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

*conformément à l'annexe 2 de la décision n° 190 du 18 juin 2003 concernant les caractéristiques techniques de la carte européenne d'assurance maladie*

*Identificateur du formulaire*

1. E-□□□□

*État membre d'émission*

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*

a) Du: □□/□□/□□□□
b) Au: □□/□□/□□□□

*Date de délivrance du certificat*

c) □□/□□/□□□□

*Signature et cachet de l'institution*

d)

*Notes et informations*

*Toutes les normes applicables aux données visibles reprises 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.*