

**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.*