

# CERTIFICAT PROVISOIRE DE REMPLACEMENT DE LA CARTE EUROPEENNE 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*

*Etat membre d'émission*

1. E

2. FR

*Informations relatives au titulaire de la carte*

3. Nom : SIAT  
4. Prénoms : PHILIPPE  
5. Date de naissance : 23/11/1956  
6. Numéro d'identification personnel : 1 56 11 67 482 368

*Informations relatives à l'institution compétente*

7. Numéro d'identification de l'institution : 0138100000

*Informations relatives à la carte*

8. Numéro d'identification de la carte : 80250000030180925735  
9. Date d'expiration : 14/05/2026

*Période de validité du certificat*

a) Du : 15/05/2024  
b) Au : 14/08/2024

c) 15/05/2024

*Date de délivrance du certificat*

d)

GESTION ASSURES 07-08-09  
38045 GRENOBLE CEDEX 9

*Signature et cachet de l'institution*

*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.*