

**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 : TERRIER-SARFATI

4. Prénoms : LEO

5. Date de naissance : 14/05/1993

6. Numéro d'identification personnel : 1 93 05 75 119 610

*Informations relatives à l'institution compétente*

7. Numéro d'identification de l'institution : 0175100000

*Informations relatives à la carte*

8. Numéro d'identification de la carte : 80250000030170301745

9. Date d'expiration : 07/07/2024

*Période de validité du certificat*

*Date de délivrance du certificat*

a) Du : 08/07/2022

c) 08/07/2022

b) Au : 07/10/2022

*Signature et cachet de l'institution*

d)

ASSURANCE MALADIE DE PARIS

0142v1.39

*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.*