

pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu prywatnego

ZAŚWIAADCZENIE
o czasowej
niezdolności do pracy
Dzieciatka, p. czasowej
02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4
Druk ścisłego zarachowania

Seria / Nr: 01

POUFNE

Numer identyfikacyjny REGON

000288930

Nr: 3117585

1. Koperski Grzegorz

2. W-wa ul. Syreny 32 m 21

3. Zakład Prywatny W-wa

1

Płeć
Mężczyzna - 1
Kobieta - 2

1958

Rok urodzenia

4. Niezdolność do pracy z powodu

1	choroby lub wypadku - 1	opieki nad chorym - 2
---	-------------------------	-----------------------

Numer statystyczny Data urodzenia Pokrewieństwo

6. Okres niezdolności do pracy: pierwszy - 1, kolejny - 2

1	18	01	19	02	33	Trzydzieści trzy
---	----	----	----	----	----	------------------

7. Z okresu niezdolności

wymienionego w pkt 6
przypada na pobyt:
w szpitalu - 1
w sanatorium - 2

1	18	01	20	01	3
---	----	----	----	----	---

*Wpisać odpowiedni kod cyfrowy

od miesiąc dzień do miesiąc dzień liczba dni

5. Wskazania lekarskie

2	chory powinien leżeć - 1
	chory może chodzić - 2
	rehabilitacja lecznicza - 3

Kod rodzaju działalności EKD

9305

Data sporządzenia

25	10	98
----	----	----

dzień miesiąc rok

podpis i pieczęć lekarza

pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu prywatnego

ZAŚWIAADCZENIE
o czasowej
niezdolności do pracy
Form. MZ/L-4
Druk ścisłego zarachowania
Specjalistyczna Przychodnia
Ortopedyczno - Urazowa
02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4

Seria / Nr: 101

POUFNE

Numer identyfikacyjny REGON

000288930

Nr: 3383336

1. Koperski Grzegorz

2. W-wa ul. Syreny 32 m 21

3. Dzieciatka p. czasowej

1

Płeć
Mężczyzna - 1
Kobieta - 2

1958

Rok urodzenia

4. Niezdolność do pracy z powodu

1	choroby lub wypadku - 1	opieki nad chorym - 2
---	-------------------------	-----------------------

Numer statystyczny Data urodzenia Pokrewieństwo

6. Okres niezdolności do pracy: pierwszy - 1, kolejny - 2

2	20	02	21	03	30	Trzydzieści
---	----	----	----	----	----	-------------

7. Z okresu niezdolności

wymienionego w pkt 6
przypada na pobyt:
w szpitalu - 1
w sanatorium - 2

*Wpisać odpowiedni kod cyfrowy

od miesiąc dzień do miesiąc dzień liczba dni

Data sporządzenia

18	02	98
----	----	----

dzień miesiąc rok

podpis i pieczęć lekarza