

Wypełniać tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

ZUS ZLA		Seria	Nr	POJENIE		Druk ścisłego zachowania		ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	
		BI	5687809						

01. PESEL ubezpieczonego
15020403512

02. Imię pierwsze ubezpieczonego
MICHAŁ

03. Nazwisko ubezpieczonego
KLEMASZKO

04. Ubezpieczony w:
1

05. Seria i numer paszportu (wpisać serię i numer paszportu tylko, gdy nie nadano PESEL)

06. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR)²⁾
07.02.1979

07. Kod pocztowy
30004

08. Miejscowość
KRAKÓW

09. Ulica
SZYMONOWSKIEGO

10. Numer domu
13

11. Numer lokalu
10

12. Niezdolność do pracy od (DD/MM/RRRR) 13. Niezdolność do pracy do (DD/MM/RRRR) 14. Pobyt w szpitalu ⁴⁾ 15. Wskazania ⁵⁾ lekarskie
14.04.2019 14.04.2019 000 2

16. Kod(y)⁶⁾
1

17. Numer statystyczny choroby
18. Kod(y)
19. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR)
20. NIP lub PESEL lub seria i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku podlegać się NIP i nie nadano PESEL ⁸⁾
21. Identyfikator lekarza
22. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)
07.02.2019 16.01.2019

23. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentysty, starszego pielęgniara, pielęgniarki
Dr n. med. SP. 001672
SPEŁNIA
NEFROLOGI
24. Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą
MIEJSKI OŚRODEK WZROTKOWY I SŁUCHOWY
ul. ŚW. JANA 1A, 31-111 KRAKÓW
REGON 141396806, NIP 525-500-2513
000000007500-01

- 1) ZUS - wpisać 1 KRUS - 2 innym w Polsce - 3 innym państwie - 4
- 2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL
- 3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy
- 4) Liczba dni pobytu w szpitalu
- 5) Chory powinien leżeć - wpisać 1
- 6) Chory może chodzić - 2
- 7) Wpisać odpowiednie kod: A, B, C, D, E
- 8) Jeśli dziecko - wpisać 1 matkę, rodziców, dziadków, wnuki, rodzeństwo - 2 inne osoby - 3
- 9) Wpisywać bez kresek

Wypełniać tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

ZUS ZLA		Seria	Nr	Kopia	Poufne	ZASWIADCZENIE LEKARSKIE	
01. PESEL ubezpieczonego		02. Imię pierwsze ubezpieczonego		03. Nazwisko ubezpieczonego		04. Ubezpieczony w	
05. Inny numer		06. NIP lub seria i nr paszportu (wpisać serię i nr paszportu tylko gdy nie nadano PESEL i NIP)		07. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR) ⁽³⁾		08. Kod pocztowy	
09. Miejscowość		10. Ulica		11. Numer domu		12. Numer lokalu	
13. Niezdolność do pracy od (DD/MM/RRRR)		14. Niezdolność do pracy do (DD/MM/RRRR)		15. Pobyt w szpitalu ⁽⁵⁾		16. Wskazania ⁽⁶⁾ lekarskie	
17. Kod(y) ⁽⁷⁾		18. Numer statystyczny choroby		19. Kod ⁽⁸⁾ powrotu osoby pod opieką		20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR)	
21. NIP płatnika składek (wpisać bez kresek)		22. Identyfikator lekarza		23. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)		24. Podpis i pieczęć lekarza	
25. Pieczęć Zakładu		26. Pieczęć Zakładu		27. Pieczęć Zakładu		28. Pieczęć Zakładu	

1) ZUS - wpisać 1 KRUS - 2 innym w Polsce - 3 innym państwie - 4

2) Jeśli NIP - wpisać 1 paszport - 2

3) Wypełnić tylko w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL

4) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy

5) Liczba dni pobytu w szpitalu

6) Chory powinien leżeć - wpisać 1 który może chodzić - 2 kod: A, B, C, D, E

7) Jeśli dziecko - wpisać 1 małżonek, rodzica, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2 inne osoby - 3

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VM Care
30-348 Kraków, ul. Bobrzyńskiego 37
tel. 12 254 22 44 Fax 12 254 22 59
NIP 583-29-61-304 REGON 220333607