

WNIOSEK W SPRAWIE UPOWAZNIENIA DO WYSTAWIANIA ZASWIADCZEŃ LEKARSKICH

LEKARZA

02. NIP lekarza (wpisać bez kresek)

Forma do wpisania NIP lekarza (10 cyfr)

Forma do wpisania numeru PESEL (11 cyfr)

07. Data urodzenia lekarza (dd / mm / rrrr)

Forma do wpisania daty urodzenia lekarza (3 części: dzień, miesiąc, rok)

2. Miejscowość

Forma do wpisania miejscowości (20 znaków)

Forma do wpisania miejscowości (20 znaków)

05. Numer lokalu

Forma do wpisania numeru lokalu (5 cyfr)

07. Numer faksu

Forma do wpisania numeru faksu (10 cyfr)

WYKONANIE WYKONANIA

WYKONANIA

WYKONANIA

WYKONANIA

Forma do wpisania numeru PESEL (11 cyfr)

Forma do wpisania numeru PESEL (11 cyfr)

VI. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

VI. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

01. Nazwa skr

05. Ulica

06. Numer domu

VII. INNE DANE

VII. INNE DANE

01. Numer prawa wykonywania zawodu

03. Pierwsze zgłoszenie lekarza ²⁾

04. Kolejne zgłoszenie ³⁾

01. Podpis lekarza

02. Pieczęć lekarza

1) Jeśli dowód osobisty, wpisać - 1;
jeśli paszport, wpisać - 2

2) Jeśli TAK wpisać X

3) Jeśli: zgłoszenie zmiany, wpisać -1
zgłoszenie korekty danych, wpisać -2
ponowne zgłoszenie, wpisać -3