

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

ZUS FZLA

WNIOSK W SPRAWIE UPOWAŻNIENIA DO WYSTAWIANIA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE
LEKARZA

I. DANE IDENTYFIKACYJNE LEKARZA

01. PESEL lekarza

02. NIP lekarza (wpisać bez kresek)

03. Nazwisko lekarza

04. Imię pierwsze lekarza

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

06. Cudzoziemiec

II. DANE ADRESOWE

II. DANE ADRESOWE

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Numer telefonu

07. Numer faksu

III. DANE O POSIADANYCH SPECJALIZACJACH

III. DANE O POSIADANYCH SPECJALIZACJACH

01. Pierwsza posiadana specjalizacja

02. Stopień pierwszej specjalizacji

03. Druga posiadana specjalizacja

04. Stopień drugiej specjalizacji

05. Trzecia posiadana specjalizacja

06. Stopień trzeciej specjalizacji

IV. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

IV. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

01. Nazwa skrócona

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Kod pocztowy

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

V. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

V. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

01. Nazwa skrócona

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Kod pocztowy

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

