

WNIOSEK W SPRAWIE UPOWAŻNIENIA DO WYSTAWIANIA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz, abyśmy upoważnili Cię do wystawiania zaświadczeń lekarskich lub skorygowali/ zmienili Twoje dane.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. W części wniosku „Dane lekarza” podaj Twój adres do korespondencji
4. Do wniosku o udzielenie upoważnienia **dołącz kopię prawa wykonywania zawodu** (nie rób tego, jeśli zgłaszasz zmianę/ korektę danych)
5. Nazwę specjalizacji podaj zgodnie z zapisem na dyplomie specjalizacji
6. Stopień specjalizacji wpisz słownie („PIERWSZY”, „DRUGI”, „SPECJALISTA”)
7. Wniosek należy uzupełnić wszystkimi aktualnymi danymi

Dane lekarza

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Seria i numer paszportu	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu</small>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</small>		
Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
E-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Dane o specjalizacjach

Twoja pierwsza specjalizacja	Stopień pierwszej specjalizacji
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Twoja druga specjalizacja	Stopień drugiej specjalizacji
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Twoja trzecia specjalizacja	Stopień trzeciej specjalizacji
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Twoja czwarta specjalizacja	Stopień czwartej specjalizacji
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Twoja piąta specjalizacja

Stopień piątej specjalizacji

Twoja szósta specjalizacja

Stopień szóstej specjalizacji

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona NIP
Ulica Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Inne dane

Numer prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa Okręgowej Izby Lekarskiej

--

Wpisz np. „DOLNOŚLĄSKA”, „KUJAWSKO-POMORSKA”

Wniosek dotyczy:

udzielenia upoważnienia

zgłoszenia zmiany/ korekty danych

Wpisz X, we właściwym kwadracie

Oświadczenie

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy [1] oraz przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych.

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Mam świadomość odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

Pieczęć lekarza

[1] Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 1368, z późn. zm.).

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>