



Pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O ZWIĄZKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Z WYKONANIEM BADAŃ LEKARSKICH  
DLA KANDYDATÓW NA DAWCÓW KOMÓREK, TKANEK I NARZĄDÓW  
LUB PODDANIEM SIĘ ZABIEGOWI ICH POBRANIA**

**Instrukcja wypełniania**

Zaświadczenie to wystaw, jeśli stwierdzisz, że niezdolność do pracy Twojego pacjenta wiąże się z wykonaniem badań lekarskich dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów lub poddaniem się zabiegowi ich pobrania.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

**Dane osoby ubezpieczonej**

Numer PESEL

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

 Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

*Podaj, jeśli adres jest inny niż polski*

**Dane identyfikacyjne lekarza**

Imię

Nazwisko

Identyfikator

---

**Zaświadczam, że niezdolność do pracy osoby ubezpieczonej:**

---

orzeczona zaświadczeniem lekarskim ZUS ZLA w okresie

*Podaj datę od-do*

powstała na skutek poddania się:

badaniom lekarskim dla kandydatów na dawców komórek, tkanek, narządów

zabiegowi pobrania komórek, tkanek, narządów

---

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

---

*Pieczęć i podpis lekarza*