PESEL | | | | | | | | | | | |

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Ł	M	N	O	P	R	S	T	U	W	Y	Z	M	Ż

Nr rej. .....

Nr leg. ubezp. .....

Nr renty inwal. .....

KOPERTA INDYWIDUALNA

Grupa czynnego poradnictwa

Praca w warunkach zagrażających zdrowiu lub uciążliwa	Choroba zawodowa	Renta inwalidzka
Gruźlica	Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	Inne choroby przewlekłe układu pokarmowego
Choroby układu krążenia	Nadciśnienie	
Choroba reumatyczna	Choroby przewlekłe układu oddechowego	

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

.....

(inne dane personalne)

.....

.....

.....

Przesłano do	Data	
	wysłania	zwrotu

Przesłano do	Data	
	wysłania	zwrotu

UWAGA:

Drukuje: Zakład Graficzny [illegible] MED 04w 004