

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. Poła wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

**Dane osoby ubezpieczonej**

PESEL	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																										
Data urodzenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>dd</b></td> <td style="text-align: center;"><b>/</b></td> <td style="text-align: center;"><b>mm</b></td> <td style="text-align: center;"><b>/</b></td> <td style="text-align: center;"><b>rrrr</b></td> <td colspan="15"></td> </tr> </table>																							<b>dd</b>	<b>/</b>	<b>mm</b>	<b>/</b>	<b>rrrr</b>															
<b>dd</b>	<b>/</b>	<b>mm</b>	<b>/</b>	<b>rrrr</b>																																							
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL																																										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																																											
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL																																										
Imię																																											
Nazwisko																																											
Ulica																																											
Numer domu		Numer lokalu																																									
Kod pocztowy		Miejscowość																																									
Nazwa państwa																																											
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski																																										

**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 

<b>dd</b>	<b>/</b>	<b>mm</b>	<b>/</b>	<b>rrrr</b>															

 \_\_\_\_\_  
 Pieczęć i podpis lekarza

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: <https://bip.zus.pl/rodo>