

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

## KOPERTA INDYWIDUALNA

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Inne dane personalne

PESEL

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

M Ż

Nr rej. \_\_\_\_\_

Nr leg. ubezp. \_\_\_\_\_

Nr renty inwal. \_\_\_\_\_

### Grupa czynnego poradnictwa

Prace 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	

Przesłano do _____	Data		Przesłano do _____	Data	
	wysłania	zwrotu		wysłania	zwrotu

UWAGA: