

Kaczory, dn. ....

## **WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA PRZEZ LEKARZA POZ**

*Czas oczekiwania na wypełnienie dokumentu po złożeniu wniosku wynosi do 10 dni roboczych.  
Pacjent zostanie poinformowany telefonicznie bądź przez SMS gdy dokument będzie gotowy do odbioru.*

### **1. Dane wnioskującego:**

Imię i nazwisko:	
Pesel:	
Numer telefonu:	

### **2. Proszę o wydanie zaświadczenia lekarskiego: (proszę zaznaczyć właściwe)**

- OL-9                       dla Powiatowego Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności  
 KRUS-14                     Inne: .....

**3. Zaświadczenie jest mi potrzebne do .....**

### **4. Odbiór zaświadczenia:**

- osobisty                     przez osobę upoważnioną (Proszę wypełnić upoważnienie do odbioru dokumentu na odwrocie strony)

.....  
*podpis Pacjenta*

Kaczory, dn. ....

## **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTU**

### **1. Dane osoby upoważnionej do odbioru zaświadczenia:**

Imię i nazwisko:	
Numer dowodu osobistego:	

.....  
*podpis Pacjenta*