|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | za |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | za |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  Załącznik nr 1 do umowy

|  |
| --- |
| **PŁATNIK:**KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |  |  |

|  |
| --- |
| Kielce, ……………………………………. |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Badanie należy wykonać w terminiedo dnia: **……………………..** |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SKIEROWANIE NA BADANIE nr……. /…………/…………….. rok****okresowe policjanta według załącznika nr ………….. lp…………** Na podstawie art. 71b ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (dz. U. z 2016 r. poz. 1782, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:Pana/Panią\*\*: **…………………………………………………………………………………………………………………**nr PESEL: **……………………………………………………………………………………………………………………..**zamieszkałego (-łą): **………………………………………………………………………………………………………….** pełniącego (-cą) służbę na stanowisku  **…………………………………………………………………………………..**Opis warunków pełnienia służby\*\*\*: **………………………………………………………………………………………**Informacje o występowaniu na stanowisku służby czynników szkodliwych lub uciążliwych lub innych wynikających z warunków pełnienia służby, w tym:1) czynniki fizyczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*:  a) hałas b) promieniowanie i pole elektromagnetyczne c) inne: 2) czynniki chemiczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*: 3) czynniki biologiczne\*\*:  a) HCV b) HIV c) wirus kleszczowego zapalenia mózgu d) inne: 4) czynniki psychofizyczne\*\*: a) stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi b) stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością c) zagrożenia wynikające z narażenia życia d) służba przy obsłudze monitorów ekranowych (liczba godzin obsługi monitora ekranowego ......) e) służba na wysokości f) służba zmianowa/nocna\*\* g) służba fizyczna wymagająca dużego wysiłku: - dźwiganie ciężarów - (do ilu kg?) - wydatek energetyczny - ilość kcal/8 godz. - wyniki badania/pomiaru\*\* h) praca w wymuszonej pozycji,

|  |
| --- |
| Łączna liczba czynników wskazanych w pkt 1-5: |

|  |
| --- |
|  |

 i) inne: 5) inne czynniki:**…………..** |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| .................................................(pieczęć i podpis pracownika ds. BHP) |

|  |
| --- |
| ..............................................(pieczęć i Podpis wystawiającego skierowanie) |

 |

 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| .....................................................(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) |

 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| \* Wpisać właściwy numer załącznika do rozporządzenia (1-4) i liczbę porządkową (jeśli jest określona).\*\* Niepotrzebne skreslić.\*\*\* Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku, sposób i czas ich wykonywania. |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |

|  |
| --- |
| Kielce, …………………………. |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Badanie należy wykonać w terminiedo dnia: **………………………… r.** |

 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE nr ….../……/……… rok****(okresowe)** Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:Pana/Panią\*: **……………………………………………………………………………………………………………….**nr PESEL\*\*:**………………………………………………………………………………………………………………...**zamieszkałego/zamieszkałą\*: **…………………………………………………………………………………………...** zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy **………………………………………………………………………………………………………………………………..**określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\*: **………………………………** Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*:I. Czynniki fizyczne:**.**II. Pyły: III. Czynniki chemiczne: IV. Czynniki biologiczne: V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne:  |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:  |

 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  .................................................... .................................................... ................................................... (pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) (pieczęć i podpis pracownika ds. BHP) (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) |

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Objaśnienia:\* Niepotrzebne skreślić.\*\* W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy - data urodzenia.\*\*\* Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.\*\*\*\* Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:1) wydane na podstawie:a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,c) art. 227 § 2 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,d) art. 228 § 3 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.).Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w trzech egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania. |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |

|  |
| --- |
| Kielce, ................... |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Badanie należy wykonać w terminiedo dnia: **……………… r.** |

 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE nr ........./........../.......... rok****(wstępne)** Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:Pana/Panią\*: …………………………………………………………………………………………………………nr PESEL\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………zamieszkałego/zamieszkałą\*: **-** zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy ……………………………………………………………………………………………………………………………………określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\*: Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania: ………………………………………………………………………………………………………………... Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*:I. Czynniki fizyczne: II. Pyły: III. Czynniki chemiczne: IV. Czynniki biologiczne:V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne:**.** |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:  |

 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| .................................................(pieczęć i podpis pracownika ds. BHP) |

|  |
| --- |
| ..............................................(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) |

 |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| *.....................................................(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)* |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Objaśnienia:\* Niepotrzebne skreślić.\*\* W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy - data urodzenia.\*\*\* Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.\*\*\*\* Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:1) wydane na podstawie:a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,c) art. 227 § 2 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,d) art. 228 § 3 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.).Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w trzech egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania. |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ** |

 |  |
|  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **……………………………………………** (data rejestracji) |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ............................................(pieczęć i podpis lekarza) |

 |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NR……/……/………. rok** |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Nazwa szczepienia: Nazwisko i imię: **…………………………** Identyfikator kadrowy: **……………………….**PESEL: **……………………………………………………………………………………………………………………**Data urodzenia: **…………………………………………………………………………………………………………..**Komórka organizacyjna: **…………………………………………………………………………………………………**Stanowisko: **……………………………………………………………………………………………………………….**Adres zamieszkania: **…………………………………………………………………………………………………….** Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego:  |

 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| ......................................................(pieczęć i podpis pracodawcy /osoby upoważnionej) |

 |  |
|  |  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| .................................................................(pieczęć i podpis osoby upoważnionejdo rejestracji skierowania) |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ KIEROWCY LUB****OSOBY KIERUJĄCEJ POJAZDEM SŁUŻBOWYM UPRZYWILEJOWANYM** |

 |  |
|  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **…………………………………………** (data rejestracji) |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Badanie należy wykonać w terminiedo dnia: **…………………………… r.** |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ............................................(pieczęć i podpis lekarza) |

 |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NR ……/…../……. rok** |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| prawo jazdy kategorii: Nazwisko i imię: **………………………………….** Identyfikator kadrowy: **……………………………………………**PESEL: **…………………………………………………………………………………………………………………….**Data urodzenia: **…………………………………………………………………………………………………………..**Komórka organizacyjna: **…………………………………………………………………………………………………**Stanowisko: **………………………………………………………………………………………………………………**Adres zamieszkania: **……………………………………………………………………………………………………..**Skierowanie wystawiono w związku z: **…………………………………………………………………………………**  |

 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| ......................................................(pieczęć i podpis pracodawcy /osoby upoważnionej) |

 |  |
|  |  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| .................................................................(pieczęć i podpis osoby upoważnionejdo rejestracji skierowania) |

 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH** |

 |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

|  |
| --- |
| **……………………………………………** (data rejestracji) |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NR ……/……../……………… rok** |

 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **…………………………………………** (data rejestracji) |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa badań specjalistycznych: dla stermotorzystów** **Inne specjalistyczne…………………………………………** )\* właściwe zakreślićNazwisko i imię: **………………………………………………………………………………………………..**PESEL: **………………………………………………………………………………………………………..**Data urodzenia: **……………………………………………………………………………………………….**Adres zamieszkania: **…………………………………………………………………………………………..** Komórka organizacyjna: **………………………………………………………………………………………**Stanowisko:**………………………………………………………………………………………………………**Skierowanie wystawiono w związku z:…………………………………………………………………………**.**

|  |
| --- |
| ......................................................(pieczęć i podpis pracodawcy /osoby upoważnionej) |

Potwierdzenie przez lekarza wykonania badania:Data badania:…………..Data następnego badania…………………..………………………………………………..pieczęć i podpis lekarza |

 |  |
|  | Kwota za wykonanie badania::Kwota  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH** |

 |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK:KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJIW KIELCACHul. Seminaryjska 12, 25-372 KielcePKD: 84.24.Z, REGON: 290727869NIP: 657-031-33-31(oznaczenie pracodawcy) |

 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **…………………………………………** (data rejestracji) |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NR ……/……../……………… rok** |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa badań lekarskich do celów sanitarno – epidemiologicznych:** - **policjanta**  **- pracownika -**  )\* właściwe zakreślićNazwisko i imię: **………………………………………………………………………………………………..**PESEL: **………………………………………………………………………………………………………..**Data urodzenia: **……………………………………………………………………………………………….**Adres zamieszkania: **…………………………………………………………………………………………..** Komórka organizacyjna: **………………………………………………………………………………………**Stanowisko:**………………………………………………………………………………………………………**Skierowanie wystawiono w związku z:…………………………………………………………………………**.**

|  |
| --- |
| ......................................................(pieczęć i podpis pracodawcy /osoby upoważnionej) |

Potwierdzenie przez lekarza wykonania badania:Data badania:…………..Data następnego badania…………………..………………………………………………..pieczęć i podpis lekarza |

 |  |
|  | Kwota za wykonanie badania::Kwota  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |  |

  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |