

(pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą) [1]

## WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

**Wnioskuję o rehabilitację leczniczą w zakresie:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- schorzeń narządu ruchu
- schorzeń układu oddechowego
- rehabilitacji po operacji nowotworu gruczołu piersiowego
- schorzeń układu krążenia
- schorzeń psychosomatycznych

### DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

01. Numer PESEL (1)	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	03. Seria i numer dokumentu
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
04. Nazwisko		
<input type="text"/>		
05. Imię		06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
07. Zawód wykonywany		
<input type="text"/>		
08. Zawód wyuczony		
<input type="text"/>		
09. Rodzaj pracy: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)		
<input type="checkbox"/> fizyczna <input type="checkbox"/> umysłowa		

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

### DANE ADRESOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ - ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy	02. Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Gmina / Dzielnica			
<input type="text"/>			
04. Miejscowość			
<input type="text"/>			
05. Ulica			
<input type="text"/>			
06. Numer domu	07. Numer lokalu	08. Numer telefonu (1)	09. Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Zagraniczny kod pocztowy (2)	11. Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. Adres poczty elektronicznej (1)			
<input type="text"/>			

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

