

PESEL			
IMIĘ			
NAZWISKO			
DATA URODZENIA			
ZUS		KRUS	
ADRES	Kod		
	Miejscowość		
	Ulica		
	numer		
NIP ZAKŁADU PRACY / PŁATNIKA			
OKRESY NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
PRZYJĘCIE			
WYPIS			