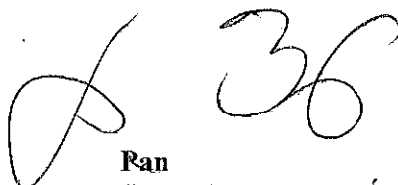


ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
Oddział w Bielsku-Białej
WYDZIAŁ ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO
I PREWENCJI

Bielsko-Biała, dnia 27.08.2014 r.

Adres: 43-300 Bielsko-Biała
Kraśińskiego 34
Tel.: 33-8252000,8252030
Fax: 33 8229714,8252616
Znak sprawy: 020000/6312-006176/2014/02031938/KZ


Pan



Na podstawie art. 59 ust. 3 i 5 ustawy z 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Bielsku-Białej kieruje Pana na badanie, które przeprowadzi lekarz orzecznik Zakładu.

Uprzejmie prosimy o zgłoszenie się **11.09.2014 r. o godz. 08:10 w 43-300 BIELSKO-BIAŁA, KRASIŃSKIEGO 34 pok. 34, Z wezwaniem zgłosić się do informacji pokój 34, tel.: 33-8252030.**

Na badanie prosimy zabrać: dowód osobisty, numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo - kredytowej, **jeżeli taki rachunek Pan posiada**, oraz wszelką dokumentację leczenia, **jeżeli znajduje się ona w Pana posiadaniu**, np. wyniki badań pomocniczych, wypisy lub odpisy historii choroby wydane przez szpital itp.

Osobom wezwanym na badanie przysługuje zwrot kosztów stawiennictwa. Koszty przejazdu na badanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej. Warunkiem zwrotu kosztów przejazdu jest przedłożenie niniejszego skierowania zawierającego potwierdzenie stawiennictwa na badanie oraz **wypełnionego wniosku zamieszczonego na odwrocie**. Należy przedłożyć także posiadane bilety lub rachunki za przejazd. Koszty zostaną zwrócone w formie gotówkowej bezpośrednio po przedstawieniu wymienionych wyżej dokumentów lub na wskazany przez Pana rachunek bankowy lub na rachunek spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej, a jeżeli Pan nie posiada takich rachunków - za pośrednictwem operatora publicznego w rozumieniu przepisów prawa pocztowego - w terminie do 14 dni od dnia przedstawienia przez Pana wymienionych wyżej dokumentów.

W razie uniemożliwienia badania zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy wystawione w dniu

Data wystawienia	Seria i numer ZUS ZLA
2014-08-22	BJ 4326208

utraci ważność od dnia następującego po wyznaczonym dniu badania. W takim przypadku Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyda decyzję o braku prawa do zasiłku. (art. 59 ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa)

W przypadku trudności ze stawieniem się na badanie – proszę o kontakt na numer telefonu: 33-8252000,8252030.

..... **Socjalista**
(data, podpis, pieczęć)

..... **Laszczak**

Stwierdzam, że Pan **SEBASTIAN PABIŚ**

11 09 2014

zgłosił się na badanie w dniu

..... **LEKARZ ORZECZNIK**
Oddział (pieczęć) Bielsku-Białej
Lek. med. (podpis lekarza orzecznika)

I. WNIOSEK W SPRAWIE ZWROTU KOSZTÓW PRZEJAZDU OSOBY WEZWANEJ NA BADANIE**Oświadczam, że:**

- nie posiadam uprawnień do ulgowych przejazdów publicznym transportem zbiorowym,
- posiadam uprawnienia do ulgi w wysokości % przy przejazdach środkami publicznego transportu zbiorowego.

.....
(data i czytelny podpis)

II. Numer rachunku bankowego / rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

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

(nr rachunku)

.....
.....
(nazwa i adres banku)

Załączniki:

bilety..... szt.
rachunek za przejazd.....szt.

Wstawić znak X we właściwej kratce