

powołania, a żołnierzy rezerwy powołanych na ćwiczenia wojskowe przeprowadzane w trybie natychmiastowego stawiennictwa — po upływie czasu niezbędnego do sprawdzenia gotowości mobilizacyjnej sił zbrojnych.

§ 28. 1. Żołnierza rezerwy zwalnia się z ćwiczeń wojskowych przed ich odbyciem w razie:

- 1) uznania go ze względu na stan zdrowia:
 - a) za trwale lub czasowo niezdolnego do czynnej służby wojskowej,
 - b) za niezdolnego do służby wojskowej w czasie pokoju;
 - 2) zastosowania wobec niego tymczasowego aresztowania lub zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności, w tym również zastępczej kary pozbawienia wolności lub kary aresztu, albo wykonania kary dodatkowej pozbawienia praw publicznych.
2. Żołnierz rezerwy może być zwolniony z ćwiczeń wojskowych przed ich odbyciem w razie:
- 1) śmierci lub obłożnej choroby najbliższego członka rodziny żołnierza, jeżeli udzielenie urlopu okolicznościowego w tych wypadkach jest niewystarczające lub niecelowe;
 - 2) zaistnienia innych szczególnie uzasadnionych okoliczności.

§ 29. Żołnierza rezerwy, który podczas odbywania ćwiczeń wojskowych przebywa na leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, zwalnia się z tych ćwiczeń w ostatnim dniu, w którym upływa czas ich trwania.

§ 30. Żołnierza rezerwy zwalnia z ćwiczeń wojskowych, zarówno przed, jak i po ich odbyciu, dowódca jednostki wojskowej.

Rozdział 7

Przepisy końcowe

§ 31. W wypadku przedłużenia przez Radę Ministrów w trybie art. 104 ust. 3 czasu trwania ćwiczeń wojskowych do żołnierzy rezerwy odbywających te ćwiczenia nie mają zastosowania przepisy § 27, § 28 ust. 2 i § 29.

§ 32. Traci moc zarządzenie nr 59/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 30 listopada 1981 r. w sprawie odbywania ćwiczeń wojskowych.

§ 33. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Obrony Narodowej: *R. Szeremietiew*
Kierownik Ministerstwa

203

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH

z dnia 21 maja 1992 r.

w sprawie legitymacji służbowej i innych dokumentów strażaków Państwowej Straży Pożarnej.

Na podstawie art. 37 pkt 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 88, poz. 400 i z 1992 r. Nr 21, poz. 86) zarządza się, co następuje:

§ 1. Strażak Państwowej Straży Pożarnej, zwany dalej „strażakiem”, na czas pełnienia służby w Państwowej Straży Pożarnej otrzymuje bezpośrednio po mianowaniu:

- 1) legitymację służbową strażaka, zwaną dalej „legitymacją służbową”,
- 2) książkę świadczeń lekarskich,
- 3) książkę zdrowia.

§ 2. 1. Legitymacja służbowa jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia strażaka wynikające z przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 88, poz. 400 i z 1992 r. Nr 21, poz. 86).

2. Legitymację służbową strażak okazuje przy wykonywaniu czynności służbowych; nie wolno jej używać w sprawach nie związanych ze służbą, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Legitymacja, o której mowa w ust. 1, służy strażakowi do korzystania z ulg przy przejazdach państwowymi środkami komunikacji na zasadach określonych odrębnymi przepisami.

§ 3. Strażak jest obowiązany dbać o należyty stan dokumentów, o których mowa w § 1, a także chronić je przed utratą lub zniszczeniem.

§ 4. 1. Legitymacje służbowe wydają:

- 1) Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej dla:

- a) strażaków pełniących służbę w Komendzie Głównej Państwowej Straży Pożarnej,
 - b) komendantów szkół Państwowej Straży Pożarnej,
 - c) dyrektorów jednostek badawczo-rozwojowych Państwowej Straży Pożarnej,
 - d) komendantów wojewódzkich Państwowej Straży Pożarnej,
- 2) komendanci szkół Państwowej Straży Pożarnej dla strażaków pełniących służbę w tych jednostkach,
 - 3) dyrektorzy jednostek badawczo-rozwojowych Państwowej Straży Pożarnej dla strażaków pełniących służbę w tych jednostkach,
 - 4) komendanci wojewódzcy Państwowej Straży Pożarnej dla strażaków pełniących służbę w komendzie wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej i dla komendantów rejonowych Państwowej Straży Pożarnej,
 - 5) komendanci rejonowi Państwowej Straży Pożarnej dla strażaków pełniących służbę w komendzie rejonowej Państwowej Straży Pożarnej i w jednostkach ratowniczo-gaśniczych Państwowej Straży Pożarnej,
 - 6) właściwe organy Wojskowej Ochrony Przeciwożarowej dla strażaków Państwowej Straży Pożarnej pełniących służbę w tych jednostkach — według zasad obowiązujących w Ministerstwie Obrony Narodowej.

2. Organy wymienione w ust. 1 są również właściwe do dokonywania wpisów w legitymacjach służbowych i książkach świadczeń lekarskich oraz wymiany tych dokumentów.

§ 5. 1. W legitymacji służbowej umieszcza się fotografię strażaka oraz wpisuje się numer legitymacji, stopień służbowy, imię i nazwisko strażaka, numer identyfikacyjny, datę ważności legitymacji, stanowisko służbowe i miejsce pełnienia służby strażaka, adnotację o uprawnieniu do ulgowych przejazdów państwowymi środkami komunikacji oraz wyciska się pieczęć podłużną wystawcy.

2. Legitymację służbową podpisuje osoba upoważniona do jej wydania.

3. Wzór legitymacji służbowej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 6. Legitymacja służbowa podlega wymianie w razie:

- 1) zmiany nazwiska lub imienia strażaka,
- 2) zagubienia, uszkodzenia lub zniszczenia,
- 3) wyczerpania się miejsca na wpisy,
- 4) przeniesienia służbowego strażaka,
- 5) upływu okresu ważności,
- 6) zmiany stanowiska służbowego strażaka.

§ 7. Legitymacja służbowa podlega zwrotowi jednostce, która ją wydała, w razie:

- 1) zwolnienia strażaka ze służby,
- 2) zgonu strażaka.

§ 8. 1. W razie utraty legitymacji służbowej, strażak jest obowiązany zawiadomić o tym niezwłocznie, drogą służbową, jednostkę, która legitymację wydała.

2. Kierownik jednostki organizacyjnej Państwowej Straży Pożarnej, w której strażak pełni służbę, przeprowadza postępowanie wyjaśniające w sprawie utraty legitymacji służbowej.

3. W razie odzyskania utraconej legitymacji służbowej, strażak jest obowiązany zwrócić ją jednostce, która ją wydała, podając datę oraz okoliczności odzyskania legitymacji.

§ 9. 1. Książka świadczeń lekarskich jest dokumentem uprawniającym strażaka i uprawnionych członków jego rodziny do korzystania z bezpłatnych świadczeń służby zdrowia resortu spraw wewnętrznych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

2. Wzór książki świadczeń lekarskich określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

3. Przepisy § 6 pkt 1—3, § 7 oraz § 8 ust. 1 i 3 stosuje się odpowiednio do książki świadczeń lekarskich.

§ 10. 1. W książce zdrowia strażaka dokonuje się wpisów dotyczących kontroli stanu jego zdrowia, przebiegu leczenia oraz orzeczeń lekarskich.

2. Do dokonywania wpisów w książce są uprawnieni lekarze i komisje lekarskie resortu spraw wewnętrznych.

3. Wzór książki zdrowia określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

4. Strażak otrzymuje nową książkę zdrowia w razie wyczerpania się miejsca na wpisy, o których mowa w ust. 1, lub w razie jej zagubienia albo zniszczenia.

§ 11. Dotychczasowe legitymacje służbowe strażaków tracą ważność i podlegają zwrotowi organom określonym w § 4 ust. 1 z chwilą zorganizowania Państwowej Straży Pożarnej.

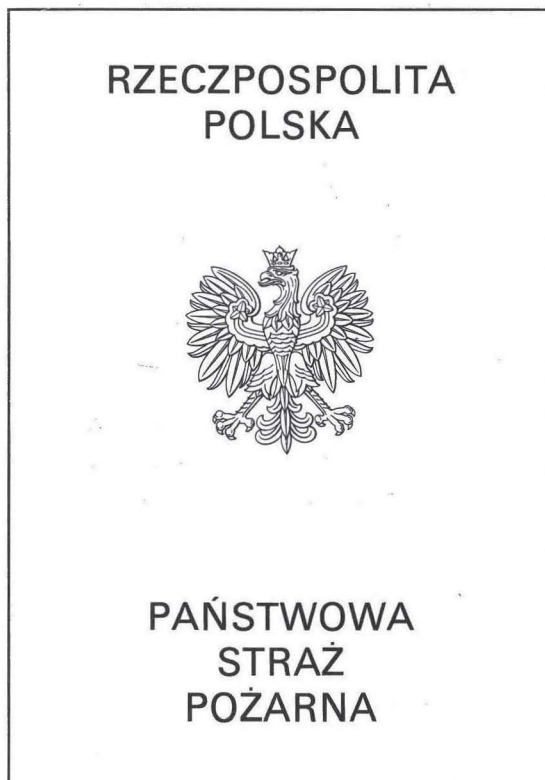
§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych: *A. Macierewicz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 21 maja 1992 r. (poz. 203)

Załącznik nr 1

WZÓR LEGITYMACJI SŁUŻBOWEJ STRAŻAKA PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ



OPIS

1. Okładka sztywna, kolor granatowy:
 - godło tłoczone w kolorze złotym;
 - napisy tłoczone w kolorze złotym.
2. Wewnętrzne kartki w kolorze białym:
 - napisy koloru czarnego;
 - gilosz koloru jasnozielonego.

**LEGITYMACJA SŁUŻBOWA
STRAŻAKA
PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ**

NR...

miejsce na
fotografię
30 × 35 mm

mp.

(podpis posiadacza
legitymacji)

(stopień, imię i nazwisko)

(numer identyfikacyjny)

WAŻNOŚĆ LEGITYMACJI PRZEDŁUŻONO:

| | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 19.. | 19.. | 19.. | 19.. | 19.. |
|------|------|------|------|------|

(pieczęć podłużna wystawcy)

(stanowisko służbowe)

(miejsce pełnienia służby)

W

(data) (podpis wystawiającego)

mp.

**UPRAWNIA DO PRZEJAZDÓW ULGOWYCH
PAŃSTWOWYMI ŚRODKAMI KOMUNIKACJI
PKP i PKS**

Załącznik nr 2

WZÓR KSIĄŻKI ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH

**MINISTERSTWO
SPRAW WEWNĘTRZNYCH**

**KSIĄŻKA
ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH**

OPIS

1. Okładka koloru niebieskiego:
— napisy koloru czarnego.
2. Wewnętrzne kartki w kolorze białym:
— napisy koloru czarnego.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Niniejsza książka świadczeń lekarskich ważna jest tylko za okazaniem dowodu osobistego z fotografią</p> <p>Wydana dnia 19..... r. Ważna do dnia 19..... r.</p> | <p style="text-align: center;">PRZEDŁUŻENIA WAŻNOŚCI</p> <hr/> <p>Przedłużono do dn. 19..... r. mp. podpis</p> <hr/> <p>Przedłużono do dn. 19..... r. mp. podpis</p> <hr/> <p>Przedłużono do dn. 19..... r. mp. podpis</p> <hr/> <p>Przedłużono do dn. 19..... r. mp. podpis</p> <hr/> <p>Książka świadczeń lekarskich nie przedłużona na okres następny jest nieważna.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

str. 1 (wewnętrzna strona okładki)

2

3

| <p style="text-align: center;">Książka świadczeń lekarskich</p> <p style="text-align: center;">Seria</p> <p>..... (nazwisko i imię strażaka) </p> <p>..... (miejsce pracy)</p> <p style="text-align: center;">Członkowie rodziny uprawnieni do korzystania ze świadczeń lekarskich</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%;">Nazwisko</th> <th style="width: 20%;">Imię</th> <th style="width: 20%;">Data urodzenia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Matka</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ojciec</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | | Nazwisko | Imię | Data urodzenia | Matka | | | | Ojciec | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Żona</p> <p>Dzieci</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; text-align: right;"> <p>..... (podpis osoby uprawnionej)</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">mp.</p> | <p>Żona</p> <p>Dzieci</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>..... (podpis osoby uprawnionej)</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| | Nazwisko | Imię | Data urodzenia | | | | | | | | | | | | |
| Matka | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ojciec | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Żona</p> <p>Dzieci</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>..... (podpis osoby uprawnionej)</p> | | | | | | | | | | | | | | |

4

WZÓR KSIĄŻKI ZDROWIA

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH</p> <p>KSIĄŻKA ZDROWIA</p> <p>Seria</p> <p>Nr</p> <p>PAŃSTWOWA STRAŻ POŻARNA</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1

OPIS

1. Okładka sztywna, kolor ciemnozielony:
— napisy wytłaczane o widocznym odcieniu.
2. Wewnętrzne kartki w kolorze białym lub kremowym:
— napisy koloru czarnego;
— gilosz koloru jasna zieleń i jasny brąz.

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>KSIĄŻKA ZDROWIA</p> <p>Wydana dnia</p> <p>przez</p> <p>mp. (podpis kierownika jednostki)</p> <p>1. Imię i nazwisko</p> <p>.....</p> <p>2. Data i miejsce urodzenia</p> <p>.....</p> <p>3. Stopień</p> <p>4. Przydział służbowy</p> <p>5. Miejsce zamieszkania</p> <p>.....</p> <p>6. Data wstąpienia do służby w</p> <p>.....</p> <p>7. Stan cywilny</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2

8. Notatki o zmianach przydziału, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego itp. ...

9. Orzeczenie Komisji Lekarskiej w
 nr wydane dnia
 określające stopień zdolności do służby w organach PSP przy przyjęciu do pracy (podać rozpoznanie, paragraf i kategorię zdolności do służby)

| | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Data | |
| Grupa krwi, czynnik Rh (niepotrzebne wyraźnie skreślić) | A B AB 0 Rh + (dodatni) Rh - (ujemny) |
| Gdzie badanie było przeprowadzone | |
| Podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie | |

3

10. Przyjęty na leczenie przez placówkę służby zdrowia MSW

od do

od do

od do

od do

od do

od do

od do

od do

Badanie stomatologiczne

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Uzębienie | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | | | | | | | | | | | | | Podpis i pieczęć lekarza |
| | strona prawa | | | | | | | | strona lewa | | | | | | | | |
| Data badania | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| górną | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dół | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| górną | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dół | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| górną | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dół | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| górną | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dół | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ZNAKI UMOWNE: Brak zęba — B, ząb zatrzymany — ZZ, korzeń — V, próchnica — P, zgorzel miąższ — Zg, przetoka — F, korona — K, wypełnienie — W, proteza stała (most) — —, proteza ruchoma — =

4

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">Badanie profilaktyczne</p> <p>Dnia 19..... r. Skargi</p> <p>Stan przedmiotowy: Budowa ciała Stan odżywienia Skóra Układ limfatyczny Układ wewnętrznego wydzielania</p> <p>Układ mięśniowy i kostno-stawowy</p> <p>Układ oddechowy</p> <p>Układ sercowo-naczyniowy</p> | <p>Tętno w spokoju " po wysiłku " po 2 min.</p> <p>Ciśnienie tętnicze w spokoju " " po wysiłku " " po 2 min.</p> <p>Układ pokarmowy</p> <p>Wątroba Śledziona Nerki i narządy moczopłciowe</p> <p>Uwagi szczególne</p> <p>Spirometria Obwód klatki piersiowej Wzrost Waga</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <p style="text-align: center;">Leczenie ambulatoryjne</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Data</th> <th style="width: 90%;">Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, wyniki leczenia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Data | Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, wyniki leczenia | | | | | | | <p style="text-align: center;">i domowe</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 20%;">Rozpoznanie</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Leczenie, zalecenia</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">Niezdolny do pracy</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Podpis i pieczętka lekarza</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;">od</th> <th style="width: 5%;">do</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Rozpoznanie | Leczenie, zalecenia | Niezdolny do pracy | | Podpis i pieczętka lekarza | od | do | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|--------------------|--|----------------------------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, wyniki leczenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozpoznanie | Leczenie, zalecenia | Niezdolny do pracy | | Podpis i pieczętka lekarza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | od | do | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Badania | | | | rentgenowskie | | |
|----------------|------------------------|----------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Data badania | Nr rej. wyniku badania | Rodzaj badania | Krótki opis rentgenogramu | Rozpoznanie | Nazwa zakładu leczniczego | Podpis i pieczęć lekarza dokonującego wpisu |
| | | | | | | |

10

| Leczenie | | szpitalne | | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------|----|---------------------------|
| Nazwa szpitala | Wywiad chorobowy, leczenie oraz wyniki leczenia (szczegółowa epikryza). Zalecenia dla lekarza jednostki | Rozpoznanie szpitalne | Nr historii choroby | Okres leczenia | | Podpis dyrektora szpitala |
| | | | | od | do | |
| | | | | | | |

11

| Leczenie | | sanatoryjne | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------|----|-----------------------------|
| Nazwa sanatorium | Wywiad chorobowy, leczenie oraz wyniki leczenia (szczegółowa epikryza). Zlecenie dla lekarza jednostki | Rozpoznanie | Podstawa przyjęcia | Nr historii choroby | Okres leczenia | | Podpis dyrektora sanatorium |
| | | | | | od | do | |
| | | | | | | | |

12

| Pobyty w ośrodkach wczasów | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|----|-------|----------------------|
| Nazwa OW | Nr karty wypoczynkowej | Okres pobytu | | Uwagi | Podpis kierownika OW |
| | | od | do | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

13

| Urlopy zdrowotne | | | | |
|-------------------------|----|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Czasokres urlopu | | Podstawa udzielenia urlopu | Uwagi o sposobie i wynikach wykorzystania urlopu | Podpis i pieczęć lekarza |
| od | do | | | |
| | | | | |

14

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| Orzeczenie komisji lekarskich | Orzeczenie komisji (nr i treść orzeczenia) | |
| | Rozpoznanie | |
| | Nazwa KL | |
| | Data | |

15

| Szczepienia ochronne | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------|
| Nazwa szczepionki | Data szcze- pienia | Uwagi | Podpis i pieczętka lekarza |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

16

204

OBWIESZCZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia 28 maja 1992 r.

o sprostowaniu błędu w rozporządzeniu Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 22 kwietnia 1992 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie opłat za uprawnienia przewozowe oraz opłat drogowych w międzynarodowym transporcie drogowym.

Na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 30 grudnia 1950 r. o wydawaniu Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej i Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” (Dz. U. Nr 58, poz. 524 i z 1991 r. Nr 94, poz. 420) w rozporządzeniu Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 22 kwietnia 1992 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie opłat za uprawnienia przewozowe

oraz opłat drogowych w międzynarodowym transporcie drogowym (Dz. U. Nr 41, poz. 182) prostuje się następujący błąd:

§ 2 powinien mieć brzmienie:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.”

Prezes Rady Ministrów: *J. Olszewski*

Egzemplarze bieżące oraz z lat ubiegłych można nabywać na podstawie nadesłanego zamówienia w Wydziale Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 00-979 Warszawa P-1.

Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 00-979 Warszawa, P-1, niezwłocznie po otrzymaniu następnego kolejnego numeru.

O wszelkich zmianach nazwy prenumeratora lub adresu prosimy niezwłocznie informować na piśmie Wydział Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów.

Wydawca: Urząd Rady Ministrów

Redakcja: Biuro Prawne, 00-583 Warszawa, Al. Ujazdowskie 1/3, P-29.

Organizacja druku i kolportaż: Wydział Wydawnictw, 00-979 Warszawa, ul. Powsińska 69/71, P-1, tel. 42-14-78 i 694-67-50, telex 825944 WW.

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Zakładach Graficznych „Tamka” S.A., Zakład nr 1, Warszawa, ul. Tamka 3.