



PCN

Formulario pa petishon di saminashon médiko

E partisipante mester yena esaki:

Nòmber : _____

Adrèss : _____

Fecha di nacementu : _____

Isla : _____ / Telefoon : _____

Adrèss di e-mail : _____

Nòmber di dòkter di kas: _____

Telefòn di dòkter di kas : _____

Nòmber di spesialista : _____

Telefòn di spesialista : _____

Mi ta duna apoderashon na un dòkter di kùr apuntá pa e fondo di penshun pa pidi informashon di mi serka e dòkter di kompania i e dòkternan ku ta duna mi tratamentu (inkluso mi dòkter di kas). E pèmit ta solamente pa pidimentu informashon, nesesario pa evaluashon médiko den kuadro di mi petishon pa penshun di inkapasidat. No ta duna informashon na otronan.

Mi ta apoderá un dòkter di kùr apuntá pa e fondo di penshun pa duna informashon médiko tokante resultado di e kùrmentu médiko na e dòkter di kompania.

Mi ta deklará ku mi a lesa e kondishonnan/splikashon riba página 2 di e petishon akí.

Suskrito (nòmber) _____

Firma: _____ Fecha: _____

E dunadó di trabou mester yena esaki:

AO desde (fecha) : _____

Nòmber di dunadó di trabou: _____

Nòmber di dòkter di kompania: _____

E-mail di dòkter di kompania: _____

Fecha ku ta deseá di bandoná servisio : _____

Dòkter di kompania a kùr af partisipante: Si / No (marka un sírkulo rònt di loke ta aplikabel)

Fecha ku a kùr af : _____

Na nòmber di dunadó di trabou, nòmber _____

Firma: _____ Fecha: _____

