

THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT/NOT FIT FOR DUTY AS A: _____

Potwierdzenie zdolności / niezdolności do pracy na stanowisku: _____

Date of examination (*day/month/year*) / *Data badania (dzień/miesiąc/rok)*: _____

Expiry date of certificate (*day/month/year*) / *Data ważności świadectwa (dzień/miesiąc/rok)*: _____

Official stamp of the issuing authority:

Pieczczę urzędowa organu wydającego:

Signature and medical stamp of the authorized physician:

Podpis i pieczęć uprawnionego lekarza:

Seafarer's signature/ *Podpis marynarza*

Additional details of medical examination – to be completed by examining physician:

(i.e. chronic diseases, drug addict test, prescribed medications, additional medical examination of the seafarer).

Dodatkowe szczegóły dotyczące wywiadu lekarskiego – wypełnia lekarz:

(np. chorób przewlekłych, testów na obecność narkotyków, przyjmowanych leków, dodatkowych badań, którym poddał się marynarz).

--