

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		MZ/N-1a *) KARTA zgłoszenia nowotworu złośliwego	Adresat: **)	
Numer identyfikacyjny REGON _____ /część I resortowego kodu identyfikacyjnego/			- regionalny rejestr onkologiczny - Krajowy Rejestr Chorób Nowotworowych	
		Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003		
KOD RESORTOWY	_____	_____	_____	_____
	miejsce położenia zakładu /część II – TERYT/	kod podmiotu, który utworzył zakład /część III/	kod struktury ogólnej zakładu /część IV/	kod jednostki organizacyjnej /część V/

<p>1. Data przyjęcia ***) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Data wypisania ***) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. Nazwisko <input type="text"/></p> <p>Imię <input type="text"/></p> <p>Poprzednie nazwisko <input type="text"/></p> <p>3. Numer ewidencyjny <input type="text"/></p> <p>4. Adres stały miasto/wieś **)</p> <p>Miejscowość <input type="text"/></p> <p>ulica nr domu nr mieszkania</p> <p>gmina województwo</p> <p>5. Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wiek</p> <p style="margin-left: 40px;">r r r m m d d</p> <p>6. Płeć M/K **)</p> <p>7. Kategoria społeczno-zawodowa **): rolnik indywidualny, robotnik niewykwalifikowany, robotnik wykwalifikowany, pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia, pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem, inne (podać jakie).</p>	<p>Nie wypełniać</p> <p>0) <input type="text"/></p> <p>1) <input type="text"/></p> <p>2) <input type="text"/></p> <p>3) <input type="text"/></p> <p>4) <input type="text"/></p> <p>5) <input type="text"/></p> <p>6) <input type="text"/></p> <p>7) <input type="text"/></p> <p>8) <input type="text"/></p>
---	---

