

MEDICAL CERTIFICATE No. 871
for service at sea

Issued to meet the requirements of STCW Convention 1978, as amended, and the Maritime Labour Convention 2006

According to Guidelines on the medical examinations of seafarers ILO/IMO/JMS/2011/12
 Zgodnie z wytycznymi w zakresie badań lekarskich marynarzy ILO/IMO/JMS/2011/12

Last name: **CHABIERA** First, middle name: **Krzysztof**
 Nazwisko: Imię / Imiona:

Date of birth (day/month/year): **28.05.1957** Gender: male female
 Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok): Płeć: mężczyzna kobieta Nationality: **POLISH**
 Narodowość:

Mailing address: **Swinoujście, ul. Włocławskiego 19/13** Passport / Seamen's Book No.:
 Adres do korespondencji: Paszport / Nr książeczki żeglarskiej:

Examination for duty on department: **Badanie do świadczenia pracy w dziale:**

Deck / Pokładowy Radlo / Radio Hotel / hotel
 Engine / Maszynowy Food handling / Catering Other / Inny

Declaration of the recognized medical practitioner: / Oświadczenie uprawnionego lekarza:

Identification documents were checked at the point of examination:
 Potwierdzenie weryfikacji dokumentów identyfikacyjnych przed przystąpieniem do badania: Yes Tak No Nie

Height: **177** Weight: **85** Blood pressure: **130/80** Pulse: **60**
 Wzrost: Waga: Ciśnienie krwi: Tętno:

Hearing meets the standards of section A-1/9: Yes / Tak No / Nie
 Słuch spełnia wymogi sekcji A-1/9: Yes / Tak No / Nie
 Unaided hearing satisfactory? / Czy słuch bez urządzeń pomocniczych jest na poziomie satysfakcjonującym? Yes / Tak No / Nie

Is hearing aid necessary to meet the required hearing standard?
 Czy aparat słuchowy jest konieczny do pracy? Yes Tak No Nie

Visual acuity meets standards of section A-1/9
 Czy ostrość widzenia spełnia wymogi określone w A-1/9? Yes Tak No Nie

Color vision meets standards of section A-1/9
 Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-1/9? Yes Tak No Nie

Date of last color vision test:
 Data ostatniego badania rozpoznawania kolorów:
 Testing required every 6 years.
 Badanie wymagane co 6 lat. **25.05.2020**

Are glasses or contact lenses necessary to meet the required vision standard?
 Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne do pracy? Yes Tak No Nie

Look-out duties / Czy może pełnić wachtę obserwacyjną?
 Fit for look-out duty Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej Not fit for look-out duty Niezdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej Not apply Nie dotyczy

Any limitations or restrictions on fitness?
 Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności? Yes Tak No Nie
 If "yes", specify limitations or restrictions:
 W przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zastrzeżenia:

Is the seafarer taking prescribed medications during validity of the certificate?
 Czy badany w okresie trwania ważności świadectwa przyjmuje lek przepisany przez lekarza? Yes Tak No Nie

Is the applicant free from any diseases likely to be aggravated by service at sea, or to render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board?
 Stwierdzam, że marynarz nie cierpi na żadne dolegliwości natury zdrowotnej, które mogłyby ulec zaostrzeniu podczas pełnienia służby na morzu lub doprowadzić członka załogi do niezdolności do wykonywania takiej służby, ani stanowić zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób na statku. Yes No Tak Nie

THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT/NOT-FIT FOR DUTY AS A: **Chief Engineer, Second**
 oświadczam, że marynarz jest /nie jest zdolny do pracy na stanowisku:

Date of examination / Data badania: **25.01.2020** Expiry date of certificate / Data ważności świadectwa: **25.01.2021**

Official stamp of the Issuing authority:
 Pieczęć urzędowa organu wydającego:

Name, surname and signature of the authorized physician
 Imię, nazwisko oraz podpis uprawnionego lekarza:

Teresa Matusiewicz-Kopeć
 lek. med. Teresa Matusiewicz-Kopeć
 ul. Włocławskiego 4C/1
 72-600 Swinoujście
 3216-9811631776664

I confirm that I have been informed of the contents of the certificate and of right to review in accordance with paragraph 6 of section A-1/9.
 Wierzę, że zostałem/am poinformowany/a o treści świadectwa oraz prawie do jego weryfikacji zgodnie z pkt. 6 sekcji A-1/9.

Seafarer's signature / Podpis marynarza