

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: Nazwisko: <u>CHABIERA</u>	First, middle name: Imię / imiona: <u>Kłyszka</u>	
Date of birth (day/month/year): Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok): <u>28-05-1957</u>	Gender: <input checked="" type="checkbox"/> male / <input type="checkbox"/> female Płeć: <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna / <input type="checkbox"/> kobieta	Nationality: Narodowość: <u>POLISH</u>
Mailing address: Adres do korespondencji: <u>Polonia, Armii Krajowej 30B, 72-600 Świnoujście</u>		Passport / Seaman's Book No.: Paszport / Nr książeczki żeglarskiej:
Examination for duty on department: / Badanie do świadczenia pracy w dziale:		
<input checked="" type="checkbox"/> Deck / Pokładowy	<input type="checkbox"/> Radio / Radio	<input type="checkbox"/> Hotel / hotel
<input checked="" type="checkbox"/> Engine / Maszynowy	<input type="checkbox"/> Food handling / Catering	<input type="checkbox"/> 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:		<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak	<input type="checkbox"/> No / Nie
Height: Wzrost: <u>177</u>	Weight: Waga: <u>85</u>	Blood pressure: Ciśnienie krwi: <u>130/80</u>	Pulse: Tętno: <u>80</u>
Hearing meets the standards of section A-I/9: Słuch spełnia wymogi sekcji A-I/9:	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie	Unaided hearing satisfactory? Czy słuch bez urządzeń pomocniczych jest na poziomie satysfakcjonującym?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie
Is hearing aid necessary to meet the required hearing standard? Czy aparat słuchowy jest konieczny do pracy?			
<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie		<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie	
Visual acuity meets standards of section A-I/9: Czy ostrość widzenia spełnia wymogi określone w A-I/9?	Color vision meets standards of section A-I/9: Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-I/9?	Date of last color vision test: Data ostatniego badania rozpoznawania kolorów:	
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie	<u>18.03.2021</u> Testing required every 5 years. Badanie wymagane co 5 lat.	
Are glasses or contact lenses necessary to meet the requires vision standard? Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne do pracy?			
<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie		<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie	
Look-out duties / Czy może pełnić wachtę obserwacyjną?			
<input checked="" type="checkbox"/> Fit for look-out duty Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej		<input type="checkbox"/> Not fit for look-out duty Niedolny do pełnienia wachty obserwacyjnej	
Any limitations or restrictions on fitness? Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności? 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 leki przepisane przez lekarza?	
<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie		<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> 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 utec zastrzeżeniu 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			
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie		<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input checked="" type="checkbox"/> No / Nie	

THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT/NOT FIT FOR DUTY AS A Deck Officer / 3000000

Potwierdzenie zdolności / niezdolności do pracy na stanowisku: 18.03.2021
Date of examination / Data badania: 18.03.2021 Expiry date of certificate / Data ważności świadectwa: 18.03.2022

Official stamp of the issuing authority: Pieczęć urzędowa organu wydającego:	Name, surname and signature of the authorized physician Imię, nazwisko oraz podpis uprawnionego lekarza:
<u>177664 Teresa Matusiewicz-Kopeć Lekarz medycyny ul. Witosa Ac/1 72-600 Świnoujście</u>	<u>Badania profilaktyczne przeprowadził lek. med. Teresa Matusiewicz-Kopeć 3216-98T10217778664</u>

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-I/9.
Potwierdzam, że zostałem/łam poinformowany/a o treści świadectwa oraz prawie do jego weryfikacji zgodnie z pkt. 6 sekcji A-I/9.

Seafarer's signature / Podpis marynarza: [Signature]