

1. Typ karty <input type="checkbox"/> pierwsza <input type="checkbox"/> kontrolna		2. Numer _____	
KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MZ/N-1a			
Nazwa i adres jednostki - pieczętą z numerem REGON		3. REGON (cz. I resortu. kodu identyf.) _____	
		4. PESEL _____	
		5. Data urodzenia _____ - _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> rok miesiąc dzień </div>	
		6. Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	

7. Nazwisko _____			
8. Imię _____		9. Poprzednie nazwisko _____	
ADRES _____		_____	
10. Miejscowość _____		11. Kod TERYT _____	

12. Ulica, nr domu, nr mieszkania _____			
.....			
13. Gmina _____		14. Powiat _____	15. Województwo _____
16. Zajęcie <input type="checkbox"/> uczeń <input type="checkbox"/> prac. umysłowy <input type="checkbox"/> prac. fizyczny <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> emeryt / rencista <input type="checkbox"/> inny			
17. Wykształcenie <input type="checkbox"/> niep. podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zas. zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> niep. wyższe <input type="checkbox"/> wyższe			
18. DATA ROZPOZNANIA _____ - _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> rok miesiąc dzień </div>			
DATA PRZYJĘCIA:		22. DATA ZGONU _____ - _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> rok miesiąc dzień </div>	
19. Do ambulatorium _____ - _____ - _____		23. Miejsce zgonu	
20. Do szpitala _____ - _____ - _____		<input type="checkbox"/> szpital	
21. DATA WYPISU _____ - _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> rok miesiąc dzień </div>		<input type="checkbox"/> dom	
		<input type="checkbox"/> inne	
		24. Przyczyna zgonu	
		<input type="checkbox"/> nowotwór	
		<input type="checkbox"/> inna	

