

Bezpieczalnia Społeczna  
BEZPIECZALNIA SPOŁECZNA  
W JELENIEJ GÓRZE

Legitymacja  
tymczasowa



Fotografia  
45×63 mm  
na białym tle  
bez nakrycia głowy

Fotografia  
45×63 mm  
na białym tle  
bez nakrycia głowy

PODPIS UBEZPIECZONEGO (EJ)      Podpis członka rodziny

w Jeleniej Górze

Fotografia  
45×63 mm  
na białym tle  
bez nakrycia głowy

Fotografia  
45×63 mm  
na białym tle  
bez nakrycia głowy

Podpis członka rodziny

Podpis członka rodziny

## Legitymacja tymczasowa

U  
K Nr D.S.-J.G. 155373

Ob. Hrobilewska  
Nazwisko

Felicja  
imię

rodowe nazwisko męża/ki

urodzon a w Bydgoszczy

dnia 26 maja 1926

Wydano dnia 4 grudnia 1947  
Z upoważnienia Dyrektora



Sikora Józef  
Podpis  
Kierownik Sekcji Ewidencji

Członkowie rodziny i inne osoby, uprawnione do świadczeń w zakresie ubezpieczenia  
na wypadek choroby i macierzyństwa  
(art. 111 i 112 ustawy o ubezpieczeniu społecznym)

Imię i nazwisko	Stożek pokrewieństwa	Data urodzenia	Data wpisu, podpis i pieczęć Ubezpieczalni Społecznej
Anna Drobkowska	matka	24.8.1890	<p>00023-390102, Mikolaj Gora</p> <p>18.11.1930. podp. [nieczytelne]</p>
Łojcia Drobkowska	siostra	20.1.1930	

5M

— 2 —

Miejsce zamieszkania ubezpieczonego	Nazwa i adres ośrodka leczniczego (szpitala i lubi lekarska domow.)	Data wpisu, podpis i pieczęć Ubezpieczalni Społecznej
<p>Miejscowość, ulica i Nr domu</p> <p>Mikolaj</p> <p>10. Jelenia Gora</p>		<p>00023-390102, Mikolaj Gora</p> <p>4/12.47</p>

— 3 —

Pracodawca, który w zaświadczeniu, podaje nieprawdziwe dane, podlega karze grzywny do 3000 zł w myśl art 270 ustawy o ubezpieczeniu społecznym

### Zaświadczenia o stosunku najmu pracy (służbowym)

Klasy ubezpieczony raz począł pracę (dzień miesiąc i rok)	Ile wynosi faktyczny zarobek ubezpieczonego (art. 14, 15 ust. 4 i 16 ust. 4 ust. o ubezpieczeniu społ.)		Czy stos. najmu pracy (służbowy) trwa nadal <b>tak</b> — <b>nie</b>	Czy ubezpieczonemu wypowiedziano umowę o pracę <b>tak</b> — <b>nie</b>	Jeżeli z ubezpieczonym zawarte umowę o pracę na czas określony wzgl. wypowiedziano mu ją lub też zwalniono go z pracy, — podać datę ustania pracy
	dzienny, tygodniowy lub miesięczny	kwota zarobku zł gr			
1	2		3	4	5
2.XI.47r.	5.500	-			
1.XI.48	9.000	-			
1.XI.48	13.000	-			
1.XI.49	13.000	-			
1.XI.49	15.000	-	tak	nie	
1.XI.49	15.000	-	tak	nie	
1.XI.50	mies. 15.000		tak	nie	

### pracodawcy i wysokości zarobków ubezpieczonego

Nr konta pracodawcy w Ubezpieczalni Społecznej	Nazwisko i imię (firma) oraz adres pracodawcy (pieczęć)	Data zaświadczenia i podpis pracodawcy
672	Dom Opieki-Przejściowy w Miłkowie	8. I. 48 r. <i>[Signature]</i>
	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu</b>	
	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA ul. Rynek Nr 20 w Żaganu</b>	9. XII. 1948 <i>[Signature]</i>
352.97	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu</b>	16. III. 1949 <i>[Signature]</i>
	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu</b>	1949 <i>[Signature]</i>
A. 32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA ul. Rynek Nr 20 w Żaganu</b>	16. IV. 49 <i>[Signature]</i>
1. 32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu</b>	18. Vm. 49 <i>[Signature]</i>
1. 32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu</b>	12. 9. 49 <i>[Signature]</i>
1. 32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA ul. Rynek Nr 20</b>	25. XI. 1949 <i>[Signature]</i>
1. 32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA PODHURTOWNIA DZIEWIARSKA w Żaganu ul. Rynek Nr 20</b>	3. II. 1950 <i>[Signature]</i>

Pracodawca, który w zaświadczeniu podaje nieprawdziwe dane, podlega karze grzywny do 3000 zł w myśl art 270 ustawy o ubezpieczeniu społecznym

Zaświadczenia  
o stosunku najmu pracy (służbowym)

Kiedy ubezpieczony rozpoczął pracę (dzień, miesiąc i rok)	Ile wynosi faktyczny zarobek ubezpieczonego (art. 14, 15 ust. 4 i 16 ust. 4 ust. o ubezpieczeniu społ.)		Czy stos. najmu pracy (służbowy) trwa nadal <b>tak</b> — <b>nie</b>	Czy ubezpieczonemu wypowiedziano umowę o pracę <b>tak</b> — <b>nie</b>	Jeżeli z ubezpieczonym zawarto umowę o pracę na czas określony wzgl. wypowiedziano mu ją lub też zwolniono go z pracy, — podać datę ustania pracy
	dzienny, tygodniowy lub miesięczny	kwota zarobku zł gr			
1	2		3	4	5
1. II 48	mies	15.000,-	tak	nie	1/
1. V 48	mies	15.000,-	tak	nie	1/
1. XI 48	mies	15.000,-	tak	nie	1/2
- " -	- " -	22.000,-	- " -	- " -	1/
1. XI 48	- " -	660,-	tak	nie	1/

pracodawcy  
wysokości zarobków ubezpieczonego

Nr karta pracodawcy w Ubezpieczalni Społecznej	Nazwisko i imię (firma) oraz adres pracodawcy (pieczęć)	Data zaświadczenia i podpis pracodawcy
1.32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> DZIAŁNIA DZIEWIARSKA <b>CENTRALA ODZIEŻOWA</b> Hurtownia Włazłowska ul. Rynek M. Włazłowska we Wrocławiu	1. IV. 1950 [Signature]
1.32.55	Filia w Zaganju <b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> Biuro Sprzedaży WYROBÓW <b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> Hurtownie przy wyrobach JEDWABNO-GALANTERYJNYCH	8. VII. 1950 14. 8. 50 [Signature]
1.32.55	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> Biuro Sprzedaży WYROBÓW JEDWABNO-GALANTERYJNYCH	7. 10. 50 [Signature]
1.32.103	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> BIURO SPRZEDAŻY Wyroby Jedwabnitze-Galanteryjne KOTOWNIA we WROCLAWIU ul. Rúska Nr 46 (Oficyna) Tel. [redacted] Skrót telegraficzny HURTIDA <b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> BIURO SPRZEDAŻY Wyroby Jedwabnitze-Galanteryjne KOTOWNIA we WR ul. Rúska Nr 46	29. 12. 50 [Signature]
1-28-42X	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> BIURO SPRZEDAŻY Wyroby Jedwabnitze-Galanteryjne KOTOWNIA we WR ul. Rúska Nr 46	29. 11. 51 [Signature]
1-28-42Y	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> BIURO SPRZEDAŻY Wyroby Jedwabnitze-Galanteryjne KOTOWNIA we WR ul. Rúska Nr 46	16. 11. 51 [Signature]

Pracodawca, który w zaświadczeniu podaje nieprawdziwe dane, podlega karze grzywny do 3000 zł w myśl art 270 ustawy o ubezpieczeniu społecznym

### Zaświadczenia o stosunku najmu pracy (służbowym)

Kiedy ubezpieczony rozpoczął pracę (dzień, miesiąc i rok)	Ile wynosi faktyczny zarobek ubezpieczonego (art. 14, 15 ust. 4 i 16 ust. 4 ust. o ubezpieczeniu społ.)		Czy stos. najmu pracy (służbowy) trwa nadal <b>tak</b> — <b>nie</b>	Czy ubezpieczonemu wypowiedziano umowę o pracę <b>tak</b> — <b>nie</b>	Jeżeli z ubezpieczonym zawarto umowę o pracę na czas określony wzgl. wypowiedziano mu ją lub też zwolniono go z pracy, — podać datę ustania pracy
	dzienny, tygodniowy lub miesięczny	kwota zarobku zł      gr			
1	2		3	4	5
1.9.1951	384	-	tak	nie	
1.9.51.		384	-	tak	nie

pracodawcy  
i wysokości zarobków ubezpieczonego

Nr konta pracodawcy w Ubezpieczalni Społecznej	Nazwisko i imię (firma) oraz adres pracodawcy (pieczęć)	Data zaświadczenia i podpis pracodawcy
1-28-427	<b>CENTRALA TEKSTYLNA</b> <b>BIURO SPRZEDAŻY</b> WYROBÓW JEDWABNICZO-GALANTERYJNYCH HURTOWNIA we WROCŁAWIU ul. Ruskiej 17 (Oficyna) Tel. 16 VII 51	14.9.51 W. Wagner
118140	Zasadnicza Szkoła Zawodowa "SOLIDARNOŚĆ" ul. Pomorska Nr 7	12.7.51 12.10.51 S. Szwed
118140	Zasadnicza Szkoła Metalowa Zagań ul. Pomorska Nr 7	23.02.1951. S. Szwed 14.01.52.
92766	Spółdzielnia Pracy "SOLIDARNOŚĆ" ul. Kościuszki 1	S. Szwed
92766	Spółdzielnia Pracy "SOLIDARNOŚĆ" ul. Kościuszki 1	S. Szwed

Notatki o pomocy leczniczej, udzielanej ubezpieczonemu

Data porad	Nierzdolny do pracy		U w a g i	Pieczęć i podpis lekarza
	od dnia	do dnia		
dn. 17 <sup>12</sup> 19 14 r.				Dr. Feliks Skoczek
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				

dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				
dn. 19 r.				

Notatki o pomocy leczniczej, udzielanej członkowi rodziny ubezpieczonego lub innej osobie

(art. 111—112 ustawy o ubezpi. społ.)

*Stosze Kopie*

imię i nazwisko

Data porady	U w a g i	Pieczęć i podpis lekarza
dn. 29.3		
19 49.	Dr. Jonacher	<i>[Signature]</i>
dn. 17.5		
19 49. r.	Dr. Feliks Skoczek	<i>[Signature]</i>
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		

Notatki o pomocy leczniczej, udzielanej członkowi rodziny ubezpieczonego lub innej osobie

(art. 111—112 ustawy o ubezpi. społ.)

imię i nazwisko

Data porady	U w a g i	Pieczęć i podpis lekarza
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		
dn. _____		
19 _____ r.		



Notalki o pomocy leczniczej, udzielanej członkowi  
rodziny ubezpieczonego lub innej osobie

(art. 111—112 ustawy o ubez. społ.)

imię i nazwisko

Data porady	U w a g i	Pieczęć i podpis lekarza
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	

Notalki o pomocy leczniczej, udzielanej członkowi  
rodziny ubezpieczonego lub innej osobie

(art. 111—112 ustawy o ubez. społ.)

imię i nazwisko

Data porady	U w a g i	Pieczęć i podpis lekarza
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	
dn. ....		
19 .....	r. ....	



D. F. J. G. Ni zaai, 1081. F. 13370.