

.....
pieczętka zakładu

..... ,
miejsowość

dnia 20..... r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię: PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia: Nazwa i nr dowodu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

Cel wydania zaświadczenia:

.....

pieczętka i podpis lekarza