

....., dnia20 r.
(miejscowość)

Nazwisko i imię

Data urodz. PESEL

Nazwa i nr dowodu tożsamości *)

zamieszkały(a)

Rozpoznanie**)

Cel wydania zaświadczenia

U w a g a:

.....
Pieczętka i podpis lekarza

*) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

*) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych. Pieczęć i podpis lekarza
 **) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

Mz/L-1  **DRUKARNIA SIERPC** tel./fax (24) 275-19-35 DRUK10673