

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

....., dnia 20r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

.....

zamieszkały(a)

.....

Rozpoznanie ²⁾

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Uwaga:
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej