**miejscowość, dnia**………………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Nazwisko i imię** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data urodzenia** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adres zamieszkania** ……………………………………………………………………………………………………………….………….

**Rozpoznanie** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Cel wydania zaświadczenia**………………………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………….

**Pieczątka i podpis lekarza**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**miejscowość, dnia**………………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Nazwisko i imię** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data urodzenia** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adres zamieszkania** ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Rozpoznanie** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Cel wydania zaświadczenia**………………………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………….

**Pieczątka i podpis lekarza**