

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Rozpoznanie:

.....

5. Cel wydania zaświadczenia:

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)