m.p.

....., dnia .... r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data urodz. .....

Nazwa i nr dowodu tożsamości[1] .....

Zamieszkały(a) .....

.....

Rozpoznanie[2] .....

.....

Cel wydania zaświadczenia .....

.....

Uwaga:

1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.
2) 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.

Pieczątka i podpis lekarza

Skład i druk: "AWIGRAF" Szczecin ul. Kopernika 3-5, tel/fax 812 55 97 218 - 2016