



Numer formularza	Wydanie Data
F-43	II 01.02.2022

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że

Imię i nazwisko i PESEL

wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza *