



MOŻ-MED

NZOZ MOŻ-MED, 99-200 Poddębice, ul. Miła 27, tel. 43 678 98 99

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 *