ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że……
imię i nazwisko i PESEL pacjenta

wymaga/nie wymaga* skierowania do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego/Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego*.

…… …… ……
miejscowość, data podpis oraz pieczęć lekarza

* zaznaczyć właściwe