

2-010

m.p. _____ dn. _____

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię _____

PESEL _____ data ur. _____

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 umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

pieczętka i podpis lekarza

Mz/L-1a IMPACT Myslowice, tel./fax: (32) 762 94 23