pieczęć placówki

służby zdrowia …………………………………

 (data)

**Zaświadczenie lekarskie**

…………………………………………. ……………. …………………………

 Nazwisko i Imię data urodzenia

…………………………………………………………………………………………………..

/Adres zameldowania/

Potwierdzam, że Pan/Pani ………………………………………………………...….. choruje przewlekle (rozpoznanie):

…………………………………………………………………………………………………..

Ze względu na stan zdrowia wymaga comiesięcznego stosowania niżej wymienionych leków:

1. ………………………………………………………………………………………………...

2. ………………………………………………………………………………………………...

3. ………………………………………………………………………………………………...

4. ………………………………………………………………………………………………...

5. ……………………………………………………………………………………….……….

6……………………………………………………………………………………….………..

7………………………………………………………………………………………..……….

8…………………………………………………………………………………………..…….

9………………………………………………………………………………………….…….

10………………………………………………………………………………………….……

Zaświadczenie ważne na okres od dnia ……………………………….

 (nie dłużej niż 6 miesięcy od dnia wystawienia)

 ………………………………….

 (pieczęć i podpis lekarza)