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)