.....*dnia*..... *20.....r.*

pieczęć przychodni miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko…….....

Data urodzenia.....PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nazwa i nr dowodu tożsamości *…….

Zamieszkały(a).....

Rozpoznanie …….....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia: Przedłożenie w Fundacji „Serca dla Maluszka”

.....

Pieczęć i podpis lekarza

** Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych*