m.p.

dn. _____

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię _____

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data ur. _____

nazwa i nr dowodu tożsamości [1] _____

zamieszkały(a) _____

_____

rozpoznanie [2] _____

cel wydania zaświadczenia _____

_____

pieczątka i podpis lekarza

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 ujawnienie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

L-1a MARKET Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23