

(pieczęć zakładu) dnia 19..... r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodzenia Nazwa i nr dowodu tożsamości*

Zamieszkały(a)

Rozpoznanie**

Cel wydania zaświadczenia

(pieczęć i podpis lekarza)

* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

** W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeśli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

MZ/L-1. Wydawnictwa Akcydensowe S.A. Warszawa, ul. Bema 60a, tel. 632-20-04, z. 152/WA/98