

....., dn.r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. PESEL

Nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

zamieszkały(a)

Rozpoznanie²⁾

Cel wydania zaświadczenia

Pieczętka i podpis lekarza

UWAGA :

1) Wypełnić tylko w przypadkach uzasadnionych.

2) W zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

zlec. 381/96- REMI tel./fax 33 499 00 30, www.remib.eu

Mz/ L-1