

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

.....

Pesel

.....

Adres

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa leku, gramatura, dawkowanie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis lekarza z npwz