

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nr.1

Zaświadczam, iż Pan/i.....

Nr Pesel ....., zam.

.....  
jest osobą niesamodzielną i konieczne jest świadczenie specjalistycznych usług  
opiekuńczych (w tym: specjalistyczne usługi pielęgniarskie, rehabilitacyjne, wsparcie  
psychologiczne)

.....  
.....  
Miejscowość, data

Podpis Lekarza