

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nr. 2

Zaświadczam, iż Pan/i.....

Nr Pesel ....., zam.....

jest osobą niesamodzielną i zalecana jest pielęgnacja w zakresie<sup>1</sup>.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość, data

Podpis Lekarza

<sup>1</sup> Należy wskazać rodzaj pielęgnacji . Informacja nieobowiązkowa