



(pieczęćka zakładu)

....., dnia..... 20..... r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

MZL-1, z. 286/2002 „DOKUS” Warszawa, ul. Przasnyska 11/11B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl