Pieczęć podmiotu wykonującego

 działalność leczniczą

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że Pani/Pan …………………………………………………………
PESEL.................................................................wymaga/nie wymaga\* skierowania
 do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego\* w Pile, przy ul. Królewskiej 8.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….Miejscowość, data |  ………………………………………………………. Podpis oraz pieczęć lekarza |

\* Niepotrzebne skreślić.