

Bydgoszcz, dnia

.....
*Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że:

Imię i nazwisko:

ur.

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej:

.....
od

Z rozpoznaniem:

Zaświadczenie wydaje się na potrzebę: