

STOWARZYSZENIE RODZICÓW I PRZYJACIÓŁ
DZIECI NIEWIDOMYCH I SŁABO WIDZĄCYCH

"TECZA"

Krasno

6.11.

9

(pieczęć zakładu)

REPUBLIKANY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

(miejscowość)

dnia

200... r.

Nr Region

02-321 Warszawa, ul. Kosińska 6/10

tel./fax: 822-03-44, 658-43-30, 668-74-60, 632-15-81

REGON: 002158863

NIP: 506 30 18 453

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię/imiona

Krypa Dawulke

Data urodzenia

28.01.2002

Nazwa i nr dowodu osobistego*

PESEL

Zamieszkały(a)

Rozpoznanie**

Omeydes, niedowe usłochowanie

nerwów bronchów, astmy, astmy

Cel wydania zaświadczenia

Medyczne

* Wypełnić 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.

Mz/L-1



Wydawnictwa Akcydensowe S.A., Warszawa, ul. Bema 60a, tel. 632-20-04

(pieczęć i podpis lekarza)

Alicja Krawczyk
specjalista chorób oczu
6055696