

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejsowość data

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pani/Pan.....

Nazwisko i imię

PESEL

Może uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjno – leczniczym, celem poprawy stanu zdrowia organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

.....
Pieczęć i podpis lekarza