

.....
pieczętka podmiotu leczniczego

.....
miejscowość 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.**

.....

Pieczętka i podpis lekarza