

Zabrze, dn.

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania / korespondencyjny

.....
PESEL

.....
telefon komórkowy

Centrum Medyczne 311 S.C.
Ul. Wolności 311
41-800 Zabrze

Wniosek o wydanie zaświadczenia

Wnoszę o wydanie zaświadczenia

od lekarza.....
Imię, nazwisko lekarza

W związku z leczeniem pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL: _____

Adres: Ulica: nr.....

Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość:.....

Cel wydania zaświadczenia:

.....
.....
.....

Proszę o wydanie zaświadczenia na druku:

druk Pacjenta

druk Lekarza

Zostałem poinformowany o kosztach wydania zaświadczenia lekarskiego w wysokości 50,00 zł

Sposób odbioru zaświadczenia:

proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:

odbiór osobisty

.....
(podpis wnioskodawcy)

upoważniam do odbioru zaświadczenia Pana/Panią:

.....
(nr dowodu osobistego)

.....
(podpis wnioskodawcy)