Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że …………………………………………………. PESEL ………………………... wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego \*.

……….....……… …………………………

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić.