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.