

_____ dnia _____ roku
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

NAZWISKO I IMIĘ _____

DATA UR. _____

NAZWA I NR. DOWODU TOŻSAMOŚCI _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

ROZPOZNANIE _____

CEL WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

Zaświadczenie wydaje się dla **FIT4LIFE Jakub Kurcz** w celu poświadczenia, że pacjent nie jest w stanie podjąć w okresie 3 miesięcy od daty wystawienia zaświadczenia, **żadnej** aktywności fizycznej.

Do zaświadczenia załączona zostaje następująca dokumentacja medyczna:

- 1.)
- 2.)
- 3.)

Pieczętka i podpis lekarza _____