

.....
(data i miejsce wystawienia)

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan / Pani
zamieszkały / zamieszkała w
lat Jest osobą chorą i zalecane jest świadczenie pomocy w formie
usług opiekuńczych w zakresie **pielęgnacji**.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)