

....., dnia

Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego AMICOR
62-320 Nekla ul. Chopina 43
NIP 7891472565 REGON 631198440
Telefon: +48 61 438 60 92

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....
adres

.....
PESEL

.....
numer telefonu

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o sporządzenie i wydanie na mój koszt zaświadczenia lekarskiego do celów:

.....

.....

Koszt przygotowania zaświadczenia zgodny z cennikiem usług dodatkowych nie finansowanych przez NFZ.

.....

podpis