Lienka

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: ..... Rodné číslo: .....

Trvalý pobyt:.....

Týmto potvrdzujem, že hore uvedený/á pán/pani je bezinfekčný/á a nie je nositeľom prenosného ochorenia.

Dňa .....

.....

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára