

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTE**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu

tak

nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza