

.....
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