

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

....., dnia r.

Zaświadczenie lekarskie
USŁUGA FIZJOTERAPEUTYCZNA

Niniejszym zaświadczam, iż

Pan/Pani

(imię i nazwisko)

Zamieszkał(y)a

.....

(adres zamieszkania)

PESEL [][][][][][][][][][][][][][][][]

Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania z usług fizjoterapeutycznych?

TAK** NIE**

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
(data i miejsce)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

****właściwe podkreślić**