

[Redacted]

dnia 23.02 1999 r.

85

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię *Gawhowski Szymon*

Data urodz. *1922* Nazwa i nr dowodu tożsamości*)

zamieszkały(a) [Redacted]

Rozpoznanie**) *Przebieg choroby oczu obu oczu*

Cel wydania zaświadczenia *oczu pod kątem potrzeb*

Moja prośba perspekt.

Uwaga:
**) Wypełniać tylko w uzasadnionych przypadkach.
**) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

Pieczęć i podpis lekarza
[Redacted]

MZ/L-1 W.A. Gdańsk, ul. Św. Wojciecha 3/11, tel. 301-59-23, ul. Słowackiego 37 E, tel. 342-59-86
W.A. Gdynia, ul. Warszawska 15, tel. 620-32-34; W.A. Koszalin, ul. Gnieźnieńska 21, tel. 42-45-26

