

....., dnia

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarza Rodzinnego Wiesława Krzywosądzka
62-035 Kórnik ul. Armii Krajowej 3
NIP 7811140508 REGON 630143223
Telefon: +48 61 817 00 50

.....

Imię i Nazwisko

.....

.....

adres

.....

PESEL

.....

numer telefonu

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o sporządzenie i wydanie na mój koszt zaświadczenia lekarskiego do celów:

.....

.....

Koszt przygotowania zaświadczenia zgodny z cennikiem usług dodatkowych nie finansowanych przez NFZ.

.....

podpis