

(zaświadczenie lekarskie ważne 30 dni od daty wydania)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

Oświadczam, iż zakończono diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne przyczynowe.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie