

....., dnia

Przychodnia Zespołu Lekarzy Rodzinnych "LEKMED" Spółka Cywilna
63-000 Środa Wielkopolska ul. Czerwonego Krzyża 2
NIP 7861481944 REGON 631160695
Telefon: +48 61 287 06 66

.....
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