

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że P
nr PESEL ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie złożyć
własnoręcznego podpisu w dokumentacji medycznej.

Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Ze względu na zaświadczenie lekarskie o niemożliwości złożenia własnoręcznego
podpisu w dokumentacji medycznej :P
nr PESEL oświadczamy, że osoba, która jako opiekun faktyczny
będzie potwierdzać własnoręcznym podpisem realizację świadczeń medycznych będzie:

1) P

Wzór podpisu:

2) P

Wzór podpisu:

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że P
nr PESEL ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie złożyć
własnoręcznego podpisu w dokumentacji medycznej.

Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Ze względu na zaświadczenie lekarskie o niemożliwości złożenia własnoręcznego
podpisu w dokumentacji medycznej :P
nr PESEL oświadczamy, że osoba, która jako opiekun faktyczny
będzie potwierdzać własnoręcznym podpisem realizację świadczeń medycznych będzie:

1) P

Wzór podpisu:

2) P

Wzór podpisu: