

Județul
Localitatea
Unitatea sanitară

Timbru
fiscal
L.S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr.

..... luna ziua

În baza referatului Dr.

în calitate de

Se certifică de noi că:

în vârstă de ani, sexul , domiciliat în județul

localitatea str. nr.

cu Buletinul de identitate seria nr.

având ocupația de

la

Este suferind de :

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la

Medic director,

L.S.