

.....  
( data i miejsce wystawienia)

.....  
( pieczęć zakładu opieki zdrowotnej )

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani .....  
zamieszkały/zamieszkała w .....  
lat.....jest osobą chorą i zalecane jest świadczenie pomocy w formie  
usług opiekuńczych w zakresie pielęgnacji.

.....  
( pieczęć i podpis lekarza)