Judeţul ..... Nr. fişă / registru de consultaţii

Localitatea ....

Unitatea sanitară .....

CNP

ADEVERINŢĂ MEDICALĂ

Se adevereşte că: ..... Sexul: M / F

numele şi prenumele

cu domiciliul în: judeţul ..... localitatea ..... str. .....

nr. ..... bl. ..... ap. ..... sect. ....; având ocupaţia de: ..... la .....

Este suferind de:

.....

.....

.....

Se recomandă

.....

.....

.....

S-a eliberat prezenta spre a-i servi la:

.....

Data eliberării: Semnătura şi parafa medicului,

anul ..... luna ..... ziua ..... L. S. .....

faţă 10.1; A6;

t2