

Pieczętka zakładu wydającego zaświadczenie

(miejsowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

(ulica)

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy)

.....
(miejsowość)

Rozpoznanie chorób w ostatnich 5 latach

.....
.....
.....
.....

Leki przyjmowane na stałe

.....
.....

Zaświadczenie wydane na potrzeby:

Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu

ul. M. Reja 2a 47-224 Kędzierzyn-Koźle

Poradnia Badań Kierowców

.....
(pieczęć i podpis lekarza)