**Centrum Okulistyki Dziecięcej**

**Dr n.med. Ewa Oleszczyńska-Prost Data………..……..**

ul. Hertza 9/2

04-603 Warszawa - Anin

tel. (22)8152009

www.okulistykadziecieca.pl

**WNIOSEK**

 o wydanie zaświadczenia lekarskiego

***Wnioskodawca:***

Nazwisko................................................................................................................................

Imiona.....................................................................................................................................

Adres zamieszkania................................................................................................................

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

Nr PESEL

Nr telefonu kontaktowego......................................................................................................

Email………………………………………………………………………………………...

***Dokumentacja medyczna dotyczy:***

Nazwisko................................................................................................................................

Imiona.....................................................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................................

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

Nr PESEL

 *Rodzaj zaświadczenia lekarskiego:(w jakim celu ma zostać wydane zaświadczenie)*

*…………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………*

***Uwaga:*** *Proszę o wysyłanie wzorów zaświadczenia do wypełnienia jeśli takie Państwo posiadają*

**Koszt zaświadczenia : 50zł**

**Forma i koszt wysyłki : e-mail- darmowo**

 **Poczta Polska - 9zł**

**nr konta:Centrum Okulistyki Dziecięcej Dr n.med. Ewa Oleszczyńska-Prost**

**05 1030 0019 0109 8503 0016 0621**

***Uwaga:*** Wypełniony wniosek, wzór oraz potwierdzenie przelewu proszę o wysłanie w formie załącznika na adres e-mail hertza9@wp.pl

**………………………………………….**

podpis

**wnioskowane zaświadczenie otrzymałam/em**

………………………………………………….

data, podpis