

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

ul. Hertza 9/2  
04-603 Warszawa - Anin  
tel. (22)8152009  
www.okulistikadziecieca.pl

**Data.....**

**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