

Centrum Okulistyki Dziecięcej

Prof.dr hab.n.med. Marek Prost

Data.....

ul. Hertza 9/2
04-603 Warszawa - Anin
tel. (22)8152009
www.okulistikadziecieca.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 Prof.dr hab.n.med. Marek Prost

7910 3000 1901 0985 0300 1606 47

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