

Pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że Pani/Pan .....

PESEL.....wymaga/nie wymaga\* skierowania  
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego\* w Pile, przy ul. Królewskiej 8.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić.