

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

timbru
fiscal

L. S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr.
anul luna ziua

În baza referatului Dr.
numele și prenumele

în calitate de

Se certifică de noi că:.....

Codul numeric personal numele și prenumele

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

 în vârstă de ani; sexul M/F,

Domiciliat în: jud. /sect. loc.

str. nr. cu

B.I./C.I. seria nr. având ocupația de:

.....

la

Este suferind de:.....

.....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la:.....

.....

L.S.

Medic director,

.....