

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTE**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu

tak nie

.....

pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty