

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:.....
.....

Medic director,

L.S.

.....