

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię, nazwisko

.....

PESEL

.....

**KWALIFIKUJE SIĘ DO ODBYCIA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
DLA OSÓB PO PRZEBYCIU COVID-19**

Uwagi i zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza