

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.