

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 vârsta 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,

.....