

POTVRDENIE O CHOROBE

Potvrdzujem, že pacient _____

bol ošetrovaný na našej ambulancii dňa _____

predpokladaná doba ochorenia je do _____

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta.

Pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie vydané pre potreby školy.

POTVRDENIE O CHOROBE

Potvrdzujem, že pacient _____

bol ošetrovaný na našej ambulancii dňa _____

predpokladaná doba ochorenia je do _____

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta.

Pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie vydané pre potreby školy.