
	<p>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 0-32-207-16-00, fax. 0-32- 207-15-48 NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000</p>	 Czysty Szpital
WYDANIE: 2	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	F.21 - DMP
STRON: 1		Obowiązuje od: 11.06.2009

WZÓR

Katowice, dnia 01.09 20.18 r.

(Pieczętka Zakładu/ Oddziału)

Nazwisko i imię: KOWALSKA ANNA

Data urodzenia / PESEL: 01.01.2001/01210123001

Adres: 40-068 KATOWICE
UL. JAGLANA 111

Cel wydania zaświadczenia: PROSZĘ WZUPEŁNIĆ

Przebywa (i) w Szpitalu od: do:

Inne istotne informacje:
CUKRYCJA OD
(WPISAĆ DATĘ)

(Pieczętka i Podpis wystawiającego zaświadczenie)