



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
Górnolęskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16  
tel. 0-32-207-19-00, fax. 0-32- 207-15-48  
NIP: 634-23-40-680; REGON: 00-1415-000



szpital

WYDANIE: 2

STRON: 1

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

F.21 - DMP

Obowiązuje od:  
11.06.2009

Katowice, dnia.....20.....r.

.....  
(Pieczęć Zakładu/ Oddziału)

Nazwisko i imię: .....

Data urodzenia / PESEL: .....

Adres: .....

Cel wydania zaświadczenia: .....

Przebywa (i) w Szpitalu od: ..... do: .....

Inne istotne informacje: .....

.....  
(Pieczęć i Podpis wystawiającego zaświadczenie)