

Județul
Localitatea
Unitatea sanitară
.....

timbru
fiscal

L.S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr.

199..... luna ziua

În baza referatului Dr.
(numele și prenumele)

în calitate de

Se certifică de noi că
(numele și prenumele)

în vârstă de ani sexul $\frac{M}{F}$, domiciliat în județul

localitatea str. nr.

cu Buletinul de identitate seria nr.

având ocupația de

la

Este suferind de

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la

Medic director,

L.S.