



**NFZ**

## **LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ**

Miejscowość, dnia .....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA**.....

**PESEL**.....

Pacjent ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie się podpisać.

Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
oraz pieczęć podmiotu leczniczego z kodami resortowymi