

pieczęć przychodni

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że u kol.
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa na jachtach żaglowych i motorowych.

Uwagi lekarza:

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)

pieczęć przychodni

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że u kol.
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa na jachtach żaglowych i motorowych.

Uwagi lekarza:

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)