

*(Wzór zaświadczenia lekarskiego)*

.....  
*(Miejscowość, data)*

.....  
*(pieczęć przychodni)*

### **ZAŚWIADCZENIE**

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani....., ur. ....  
do zamieszkania w Domu Samotnej Matki im. bł. Marianny Biernackiej w Ełku.

.....  
*(pieczęć oraz podpis lekarza)*