



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu opieki całodobowej.

.....

*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
domu opieki całodobowej*

.....

data/podpis i pieczętka lekarza