

Grybów, .....

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
adres

.....  
numer telefonu

### **WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA\***

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia

Pana/Pani .....  
(imię i nazwisko, data urodzenia/PESEL)

celem przedłożenia .....  
.....  
.....

.....  
data i podpis

\* zaświadczenie wydaje się tylko osobom upoważnionym do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta



**ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY**  
Caritas Diecezji Tarnowskiej w Grybowie

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy  
Caritas Diecezji Tarnowskiej  
Rynek 10, 33-330 Grybów

tel: 18 448 26 66  
e-mail: [zolgrybow@gmail.com](mailto:zolgrybow@gmail.com)  
[www.zolgrybow.pl](http://www.zolgrybow.pl)

Nr konta bankowego:  
BS 61 8797 0003 0000 0000 0475 0001

