

Gniezno , dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

Zaświadcza się że ,
pani..... nie ma
przeciwwskazań do umieszczenia w Zakładzie
Opiekuńczo-leczniczym przy ZOZ w Gnieźnie

.....

(PIECZĄTKA ODDZIAŁU)

.....

(PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA PSYCHIATRY)