MIEJSKIE CENTRUM
TERAPII I PROFILAKTYKI
ZDROWOTNEJ
IM. BŁ. RAFAŁA CHYLIŃSKIEGO W ŁODZI

……... ……, dnia ……..
Imię i nazwisko pacjenta (miejscowość)

……
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

Miejskie Centrum Terapii
i Profilaktyki Zdrowotnej
im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi
ul. Niciarniana 41, 92-320 Łódź

……..
Adres zamieszkania (miejscowość)

PESEL

.....
Telefon kontaktowy

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o wydanie zaświadczenia ***)** :

z leczenia w ***)** : ☐ Poradni ……..

☐ OLU ☐ OLAZA ☐ Oddziale Diagnostyczno-Obserwacyjnym

☐ Oddziale Dziennym ☐ hostel ☐ noclegownia

W celu przedłożenia w:

……

……

Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowana/y o obowiązującym 14-dniowym terminie sporządzenia zaświadczenia.

Zaświadczenie odbiorę ***)** :
☐ osobiście
☐ upoważniam ……...……
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

……
(czytelny podpis)

Zaświadczenie odebrałem/am.

……
(data i czytelny podpis)

*) **Właściwe pole zakreślić**