

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

.....  
Adres zamieszkania (miejsowość)

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

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o wydanie zaświadczenia \*) :

z leczenia w \*) :  Poradni .....

OLU             OLAZA             Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym

Oddziale Dziennym             z przebywania w hostelu.....

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 odebrałam/am.

.....  
(data i czytelny podpis)

\*) Właściwe pole zakreślić