Judeţul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

timbru fiscal

L. S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

anul ..... luna ..... ziua .....

În baza referatului Dr. .....
numele şi prenumele

în calitate de .....

Se certifică de noi că:.....
Codul numeric personal numele şi prenumele

în vârsta de ..... ani; sexul M/F,

Domiciliat în: jud. /sect. ..... loc. .....

str. ..... nr. ..... cu

B.I./C.I. seria ..... nr..... având ocupaţia de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: .....

Medic director,

L.S.

.....

17.5; A5; t1

Judeţul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

timbru fiscal

L. S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

anul ..... luna ..... ziua .....

În baza referatului Dr. .....
numele şi prenumele

în calitate de .....

Se certifică de noi că:.....
Codul numeric personal numele şi prenumele

în vârsta de ..... ani; sexul M/F,

Domiciliat în: jud. /sect. ..... loc. .....

str. ..... nr. ..... cu

B.I./C.I. seria ..... nr..... având ocupaţia de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: .....

Medic director,

L.S.

.....

17.5; A5; t1