



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

Zam.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....

*podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w domu pomocy społecznej*

.....

data/podpis i pieczęć lekarza