

Brzeziny, dn.

.....
Pieczęć zakładu opieki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza psychiatry lub neurologa
o występujących zaburzeniach psychicznych**

.....
Imię i nazwisko pacjenta/pesel

.....
.Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby:.....
.....
.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza