



DOMOV LIENKA

Potvrdenie o bezinfekčnosti pacienta

Lekár týmto potvrdzujem bezinfekčnosť pacienta

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia.....rodné číslo:

Bydlisko:

.....

a jeho okolia.

V dňa

.....

Pečiatka a podpis lekára