

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

timbru
fiscal

L.S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr.

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

În baza referatului Dr.
numele și prenumele

în calitate de

Se certifică de noi că:
numele și prenumele

codul numeric personal

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

 în vârstă deani, sexul M/F

Domiciliat în jud./sect. loc.

BI/CI seria nravând ocupația de:

la

Este suferind de:

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi

.....

L.S.

Medic director,
.....