

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan
zamieszkała/ły
świadomie i z własnej woli podjęła / podjął decyzje o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
(podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w domu pomocy społecznej)

.....
(data / pieczętka i podpis lekarza)