

ADEVERINȚA MEDICALĂ Model_ M.S. cod 18.1.1

Față

Judetul.....	Nr. Fisa/registru de consultatii
Localitatea.....	
Unitatea sanitara.....	CNP.....

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Se adeverește că:numele și prenumele..... Sexul: M / F

cu domiciliul în: județul localitatea str. nr. ... bl. ... ap. ... sect.;
având ocupația de:la

Este suferind de:

Se recomandă

S-a eliberat prezenta spre a-i servi la:

Data eliberării:	Semnatura si parafa medicului
Anul.....luna.....ziua.....	L.S.

Verso

Concluziile examenului medical de bilanț:

.....
.....

Rezultatul investigațiilor medicale:

.....
.....

Recomandări:

.....
.....

Apt pentru: