



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam......

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
domu pomocy społecznej*

.....
data/podpis i pieczętka lekarza