



Pieczątka 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
w domu pomocy społecznej*

.....
data/podpis i pieczęć lekarza