

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 de .....ani, sexul M/F

Domiciliat în jud./sect. .... loc. ....

BI/CI seria ..... nr .....având ocupația de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi .....

.....

L.S.

Medic director,  
.....