Anexa 4 c

Judeţul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

timbru fiscal

L.S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

anul.....luna.....ziua.....

În baza referatului Dr. .....
numele şi prenumele

în calitate de .....

Se certifică de noi că: .....
numele şi prenumele

codul numeric personal

în vârstă de .....ani, sexul M/F

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

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

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

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

.....

Medic director,

L.S.

,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,