

.....*haci wryp*.....dnia.....*10.10.01*.....r.

INSTYTUT ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
"Para Familia"  
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY  
ul. Wolczka 12 B, tel. 95 733 51 81  
88-400 Gorzów Wlkp.  
NIP 5994042005, REGON 081081963-00022  
Kod. reg. cz. VII 005 VIII 1751  
Nr umowy 0404/0018/18/11

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....[REDACTED].....

Data urodz. ....[REDACTED].....Pesel [REDACTED]

Zamieszkały (a) .....*72-200 Nowopolski*.....[REDACTED]

Rozpoznanie .....*pacjent konsultowany psychiatrycznie - diagnoza*  
*duchowej wryp. Po hospitalizacji wyano kierowano do*  
*oddziału Psychiatrycznego - podległy poziom: 10/0/0*

Cel wydania zaświadczenia .....*wydanie zaświadczenia na potrzeby wryp*.....

[REDACTED]  
Pieczałka i podpis lekarza