

ul. Bol. Smolego 40 Zakład w Szczecinie
NIP 8521233946 REGON 385613961
tel: [REDACTED]

dnia 2025-07-11

Nazwisko i imię Data urodz.

PESEL Nazwa i nr dowodu tożsamości*

zamieszkały(a) **Grzegorz**, 72-200 Nowogard

F20.0/f19.5.

Pacjent znajduje się pod opieką psychiatryczną od 18.rz i nadal.....

Cel wydania zaświadczenia

Uwaga:

^{*}) Wypełnić tylko w przypadkach uzasadnionych.

****) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.**