



**INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA**

---

---

---

---

**DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE**

**Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):**

- lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego
- lekarz specjalista (specjalizacja: \_\_\_\_\_)
- lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(pieczętka i podpis lekarza)