**MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:**

**RODNÉ ČÍSLO:**

**TRVALÉ BYDLISKO:**

Obvodný lekár MUDR. .........................................................potvrdzujem, že menovaný(á)

............................................................................................................................................

netrpí žiadnym infekčným ochorením a ani v jej rodinnom prostredí sa nevyskytlo v poslednej dobe žiadne infekčné ochorenie.

V ................................................, dňa:

 ..............................................................

 Pečiatka a podpis lekára