

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Pesel:

Zamieszkały(a):

Cel wydania zaświadczenia:.....

**Nie stwierdza się przeciwwskazań do przebywania w ośrodku wsparcia z
Dziennym Domu Pomocy Społecznej „Samarytanin” w Toruniu.**

Toruń, dnia