OSPRAVEDLNENIE

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára:

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára:

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára:

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára:

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára:

OSPRAVEDLNENIE

pacient: ....................................................

narodený: ...................................

Bol v domácom liečení

od .............................do ..........................

Podpis a pečiatka lekára: