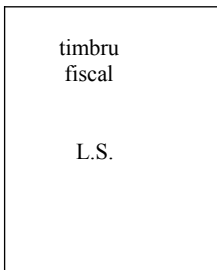


Județul.....  
Localitatea.....  
Unitatea sanitară.....



Localitatea.....  
Unitatea sanitară.....

**CERTIFICAT MEDICAL Nr.** .....

anul..... luna..... ziua.....

În baza referatului Dr. ....  
numele și prenumele

În calitate de .....

Se certifică de noi că.....

Codul numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

în vârstă de ..... ani, sexul M/F,

Domiciliat în: jud./sect. .... loc. ....

str. .... nr. .... cu

B.I./C.I. seria ..... nr. .... având ocupația de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

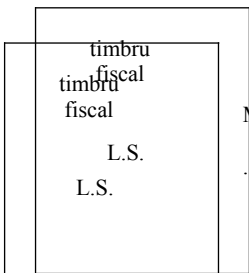
.....

Valabilitatea certificatului .....

(câmp obligatoriu)

S-a eliberat prezentul spre a-i servi  
la: .....

L.S.



Medic director,

.....

Județul.....

**CERTIFICAT MEDICAL Nr.** .....

anul..... luna..... ziua.....

În baza referatului Dr. ....  
numele și prenumele

În calitate de .....

Se certifică de noi că.....

Codul numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

în vârstă de ..... ani, sexul M/F,

Domiciliat în: jud./sect. .... loc. ....

str. .... nr. .... cu

B.I./C.I. seria ..... nr. .... având ocupația de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

Valabilitatea certificatului .....

(câmp obligatoriu)

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: .....

L.S.

Medic director,

.....