

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan

zam.

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej

.....
podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w domu pomocy społecznej

.....
data / podpis i pieczętka lekarza