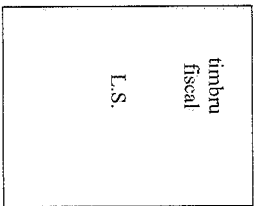


Județul.....  
Localitatea.....  
Unitatea sanitară.....



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

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

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

În calitate de .....

Se certifică de noi că.....

Codul numeric personal

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

numele și prenumele

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: .....

.....  
.....

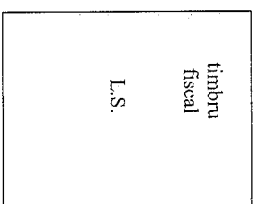
Valabilitatea certificatului .....

(câmp obligatoriu)

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

L.S. Medic director,  
.....

Județul.....  
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

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

numele și prenumele

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,  
.....