



## Zaświadczenie lekarskie

Szczegółowe dane dotyczące pacjentki / pacjenta

Nazwisko:..... Data urodzenia: .....

Imię: ..... Termin zgłoszenia:.....

Adres: .....

.....

### Umowa z LuxCamp

Numer rezerwacji.:.....

### Informacje od lekarza

Nazwisko i Imię lekarza: .....

Specjalizacja lekarska:.....

Adres do korespondencji: .....

Telefon:.....Telefax: .....E-Mail.....

Termin wizyty pacjenta .....

#### 1. Przyczyny choroby, (jeżeli są znane):

Choroba jest wynikiem

- wypadku
- uszkodzenia ciała
- ciąży
- leczenie choroby przewlekłej

Inne przyczyny:.....

.....

.....

TAK  NIE Pacjent jest niezdolny do odbycia podróży w terminie od ..... do.....

\_\_\_\_\_  
Miejsce, Data

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza, pieczęć