

Centrum Medyczne Mediconcept Sp. z o.o. Sp. k.
ul. Krzycka 94
53-020 Wrocław
NIP: 8992835662

Wrocław, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

Spółka centrum medyczne Mediconcept Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą we Wrocławiu zaświadcza, że
Pan/Pani:

imię i nazwisko, numer PESEL

Ma zaplanowaną wizytę lekarską w siedzibie tutejszej spółki (adres powyżej) w dniu:

godz: _____

Niniejsze zaświadczenie ma charakter wielokrotnego użytku i wydaje się je celem ewentualnego okazania wszystkim podmiotom, których może ono dotyczyć.

podpis i pieczęć przedstawiciela spółki