

Sopot dnia

(Dzień , miesiąc , rok)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres ulica , nr. domu , nr. mieszkania)

.....
(Kod pocztowy , Miejscowość)

PESEL

**Do Dyrektora
Miejskiej Stacji Pogotowia
Ratunkowego w Sopocie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia
stwierdzające udzielenie pomocy lekarskiej w dniu

(Dzień , miesiąc , rok)

o godzinie

(przybliżona godzina udzielenia pomocy)

Zaświadczenie potrzebne jest do przedstawienia :

.....
(podać instytucję dla której zaświadczenie ma być wydane)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego podania.

Oświadczam, że powyższe dane podałem zgodnie ze stanem faktycznym oraz, że są mi znane przepisy Kodeksu Karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

Z poważaniem

.....
(Podpis)

Odbiór zaświadczenia jest możliwy tylko przez osobę zainteresowaną lub osobę posiadającą upoważnienie potwierdzone przez pacjenta.

Kwituję odbiór zaświadczenia

dnia

(Dzień , miesiąc , rok)

.....
(Podpis)