

.....
pieczętka nagłóvkowa
gabinetu lub przychodni

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich, zgodnie z art. 13 ust.1 pkt. 3 ustawy z dnia 10.12.2020 r. ustawy o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97) orzeka się, że:

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko)

ur. W

zam.

.....
posiada stan zdrowia pozwalający na wydanie prawa wykonywania zawodu
farmaceuty.

pieczętka i podpis lekarza