**POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

 **Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť rodiča. Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť rodiča.**

 **Pečiatka a podpis lekára Pečiatka a podpis lekára**

**Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa. Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa.**

 **POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

 **Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť rodiča. Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť rodiča.**

 **Pečiatka a podpis lekára Pečiatka a podpis lekára**

**Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa. Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa.**