

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____,
επιμελητής Β' / επιμελητής Α' / Διευθυντής ειδικότητας _____
του νοσοκομείου _____

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι ο / η _____
και παραμένει για χρονικό διάστημα από _____ ως _____ στην
_____ κλινική του νοσοκομείου για κοινωνικούς λόγους. **Για αυτόν/ ην**
έχει εκδοθεί εγκριτική απόφαση υπ' αριθμ _____ για
μεταφορά του στο
_____.

Το παρόν χορηγείται για συνέχιση της φιλοξενίας του/ της στο Π.Ν.Α. Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη».

_____/_____/20____

Ο θεράπων ιατρός
(σφραγίδα / υπογραφή)