

Zaświadczenie Lekarskie - Medical Report

Name of applicant (Dane kandydata):

Surname (Nazwisko):First name (Imię):.....

Full Postal Address (Pełny adres pocztowy):

.....

Postal code (Kod pocztowy) :Country (Państwo):

Date of birth (Data urodzenia):

Hight (Wzrost): (cm) Weight (Waga): (kg)

Allergies (Alergie): yes (tak) no (nie)

If yes, which (Jeśli tak to jakie):

Remarks (Uwagi):

Name of Doctor (Dane lekarza):

Surname (Nazwisko):First name (Imię)

Address (Adres):

The applicant has been my patient since (Kandydat jest moim pacjentem od):

I confirm that applicant is in good physical and mental health and free of any contagious and chronic diseases (Potwierdzam, że kandydat cieszy się dobrym zdrowiem fizycznym i psychicznym i jest wolny od zakaźnych i chronicznych chorób).

Date (Data).....

Doctor's signature and stamp (podpis i pieczęć lekarza)