Anexa 4 c

Județul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

timbru fiscal

L.S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

anul.....luna.....ziua.....

În baza referatului Dr. .....
numele și prenumele

în calitate de .....

Se certifică de noi că: .....
numele și prenumele

codul numeric personal

în vârstă de .....ani, sexul M/F

Domiciliat în jud./sect. ..... loc. .....

BI/CI seria ..... nr .....având ocupația de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi .....

.....

L.S.

Medic director,

,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,