

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/> Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>
--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Затверджена наказом МОЗ України <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> р. N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ДОВІДКА
про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації
(довідка видається лікувальним закладом для відшкодування шкоди,
заподіяної внаслідок дорожньо-транспортної пригоди)

Видана _____ р. народження,
(прізвище, ім'я та по батькові)
проживаючого(ої) за адресою _____
в тому, що він(вона) дійсно знаходився(лась) на лікуванні у _____
відділенні/поліклініці _____
(назва медичного закладу)

з "____" _____ р. по "____" _____ р.
з "____" _____ р. по "____" _____ р.

Направлений(а) на МСЕК "____" _____ р. _____
(в разі потреби направлення)

Довідка видана на підставі _____
"____" _____ р. **Головний лікар** _____
(підпис)

(П. І. Б. розбірливо)