

....., dn...../...../.....

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że u Pani / Pana.....

data urodzenia ....., miejsce zamieszkania.....

.....

Nie stwierdzono przeciwwskazań do uprawiania nurkowania rekreacyjnego.

Uwagi:.....

.....

Badanie ważne jest przez okres 1 roku od wydania.

Podpis i pieczęć lekarza