

(Tęstinio asmens sveikatos patikrinimo pažymos forma)

(karių asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar jos filialo pavadinimas)

TEŠTINIO ASMENS SVEIKATOS PATIKRINIMO PAŽYMA

(data)

1. Vardas, pavardė, gimimo data _____
2. Sprendimas _____
3. Papildoma informacija _____
4. Pažyma galioja iki _____

A.V.

(gydytojas (karinis laipsnis, vardas, pavardė, parašas))