Наименование

медицинской организации

(штамп медицинской организации)

**Печать поликлиники**

**Справка (медицинское заключение)**

**о прохождении диспансеризации № 88**

Пациент: Пэпэтэшин Петр Петрович

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Дата рождения: 12.12.1985*\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРОШЕЛ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ**

Дата окончания прохождения диспансеризации: 25.12.2024\_\_\_\_\_\_

Группа здоровья: 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: 25.12.2024\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для справок**

Подпись врача: *Иванов*