



ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Ημ/νία: [REDACTED]

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: E.I

Αρ. Πρωτ: [REDACTED]

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	[REDACTED]	Όνομα:	[REDACTED]	Πατρώνυμο:	[REDACTED]
Διεύθυνση:		T.K. - Πόλη:	[REDACTED]	Τηλέφωνο:	[REDACTED]
Ηλικία:	[REDACTED]	Ασφαλ. Φορέας:	[REDACTED]	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός [REDACTED] βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την [REDACTED]

Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική [REDACTED] από [REDACTED] έως [REDACTED]
- στην κλινική [REDACTED] από [REDACTED] έως [REDACTED]

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Η ανωτέρω ασθενής πάσχει από είναι υγιεινά υγιής & αρτηριακή.

Υπεβλήθη σε κρίνεται ικανή να κινηθεί υποστηρικτικά καθόλου ως προς ΕΕΠ σε εκπαιδευτική μονάδα ειδικής κίνησης διαπρωβόθης ευκατόνως.

Αγωγή - Οδηγίες

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από [REDACTED] αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

πρόσβαση σε ΔΔΕ Κουφόρων

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής
Ο Διοικητικός Διευθυντής