

pieczęć przychodni

..... dnia .....

## ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że

.....  
( imię i nazwisko )

data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

może uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza:

.....  
.....

.....  
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)



BDP-AL Yachting Sp. z o.o.  
Biura Zarządu i Ośrodek Szkoleń:  
ul. Warszawska 48  
41-800 Zabrze

Biurowisko Klienta i Adres korespondencyjny  
Al. Szczepia Łudwika 2  
41-807 Zabrze – Mikołczyce  
Tel: +48 (032) 274 35 61 do 63 (centrala)  
Fax: +48 (032) 271 87 61  
E-mail: info@bdpal-yachting.pl  
www.bdpal-yachting.pl

pieczęć przychodni

..... dnia .....

## ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że

.....  
( imię i nazwisko )

data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

może uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza:

.....  
.....

.....  
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)



BDP-AL Yachting Sp. z o.o.  
Biura Zarządu i Ośrodek Szkoleń:  
ul. Warszawska 48  
41-800 Zabrze

Biurowisko Klienta i Adres korespondencyjny  
Al. Szczepia Łudwika 2  
41-807 Zabrze – Mikołczyce  
Tel: +48 (032) 274 35 61 do 63 (centrala)  
Fax: +48 (032) 271 87 61  
E-mail: info@bdpal-yachting.pl  
www.bdpal-yachting.pl