

	Forma Nr. 046/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-1259
<i>sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, duomenys</i>	

MEDICININIS PAŽYMĖJIMAS

20 ____ m. _____ mėn. _____ d. Nr. _____

_____ AK
(vardas, pavardė)

Adresas _____

Mediko išvada _____
(sveikas arba kokiomis ligomis serga, kokia nustatyta būseną)

Kitos žinios _____
(tyrimai, skiepėjimai, rekomendacijos)

**Gydytojų komisijos pirmininkas
 arba pažymėjimą išdavęs gydytojas** _____
(parašas) (vardas, pavardė arba spaudas)

Tel. _____