**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

επιμελητής Β’ / επιμελητής Α’ / Διευθυντής ειδικότητας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

του νοσοκομείου\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

πιστοποιώ

ότι ο / η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

και παραμένει για χρονικό διάστημα από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ως \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ στην \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_κλινική του νοσοκομείου για κοινωνικούς λόγους. **Για αυτόν/ ην έχει εκδοθεί εγκριτική απόφαση υπ’ αριθμ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ για μεταφορά του στο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Το παρόν χορηγείται για συνέχιση της φιλοξενίας του/ της στο Π.Ν.Α. Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη».

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_

Ο θεράπων ιατρός
(σφραγίδα / υπογραφή)