

# DYPLOM ZA ODWAG



Ja ni ej podpisany/a .....  
po wiadczam, e pacjent/ka.....  
wykazał/a si ogromn odwag podczas.....  
.....

Wystawiono w ..... dnia.....  
i wr czono do r k własnych.

.....  
podpis lekarza/  
piel gniarki

