



ВАРИКОЗ ЦЕНТР

г. Симферополь ул. Балаклавская, 68.

Понедельник - Пятница: 9:00-18:00 Суббота: 9:00-15:00

крыммедсправка.com/node/412

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дата: _____

№ амбулаторной карты: _____

ФИО: _____

Возраст: _____ лет

Диагноз: _____

Рекомендации:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Лечащий врач: _____