**УДОСТОВЕРЕНИЕ**

**№……….../…….…… 2020 г.**

**Удостоверявам, че**

**лицето: …………………………………………………………………………**

**ЕГН ………………………………. се нуждае от неотложен амбулаторен преглед в Акушеро – гинекологичен център „Д-р Амалиеви“ на …………….… 2020 г. от ……… ч.**

**Акушеро – гинекологичен център „Д-р Амалиеви“ Гр. Пловдив, бул. „Княгиня Мария Лиуза“ №60 Тел. 0886507075/0888641846**

**Дата:…………. Подпис:**

**Гр. Пловдив Д-р Амалиев**