

FORMAT VERTETIMI MJEKËSOR



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MIREQENIES SOCIALE
OPERATORI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR
SPITALI RAJONAL LEZHË

Nr. ____ Prot.

Lezhë më, ____/____/2025

VERTETIM MJEKSOR

Me anë të të cilit vertetojmë se shtetasi/sja _____i/e datëlindjes _____ banues/e në _____ është shtruar në Shërbimin e _____ me datë _____ me numër regjistri **Nr.** _____ me **Dg:** _____. Doli nga spitali me datë _____ në gjëndje të _____.

Lëshojmë këtë vertetim me kërkesën e të interesuarit për ku t'i nevojitet.

D R E J T O R I

LEON KAZA