



Nazwisko i imię

PESEL

Adres zamieszkania

Wniosek o wydanie zaświadczenia

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o treści:

Cel wydania zaświadczenia (np. przedłożenie w sądzie, w szkole dziecka, w przychodni POZ itp.):

Data ostatniej wizyty: -----

Lekarz: -----

Centrum Terapeutyczne Max Hemp

ul. Borowska 242
50-558 Wrocław
tel. +48 71 307 10 10

centrum@maxhemp.pl
www.centrum.maxhemp.pl

Max Hemp Sp. z o.o.
ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów

NIP: 914 156 66 59
REGON: 366646359
KRS: 000065469

Kapitał: 100 000 (wpłacony 100 000 zł)
PKO Bank Polski PLN: 50 1020 5242 0000 2202 0387 3064
Kod BIC (Swift): BPKOPLPW



Przyjęto dnia
wnioskodawcy

Data i odpis

Centrum Terapeutyczne Max Hemp

**ul. Borowska 242
50-558 Wrocław
tel. +48 71 307 10 10**

**centrum@maxhemp.pl
www.centrum.maxhemp.pl**

Max Hemp Sp. z o.o.
ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów

NIP: 914 156 66 59
REGON: 366646359
KRS: 000065469

Kapitał: 100 000 (wplacony 100 000 zł)
PKO Bank Polski PLN: 50 1020 5242 0000 2202 0387 3064
Kod BIC (Swift): BPKOPLPW

