

(afegir logo establiment)

CERTIFICAT DE DESPLAÇAMENT PER A PACIENTS D'URGÈNCIES
D'ÒPTIQUES

.....òptic/a optometrista amb nº de col·legiat/acom a
Director/a Tècnic/a de l'establiment d'òpticadel
carrer.....de.....(CP)

CERTIFICA

Que el Sr./até visita al nostre centre el
dia..... de.....de 2020 a leshores.

Així ho faig constar als efectes que corresponguin a,
.....dede 2020

Firma i segell