

(afegir logo establiment)

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO PARA PACIENTES DE ÓPTICAS

.....óptic/a optometrista con nº de colegiado/acomo
Director/a Técnico/a del establecimiento de óptica.....de la
calle.....de.....(CP)

CERTIFICA

Que el Sr./atiene visita en nuestro centro
el día..... de.....de 2021 a lashoras.

Así lo hago constatar a los efectos que correspondran ade
.....de 2021

Firma y sello