



Centro médico

Justificante de asistencia médica

El paciente: _____, con DNI: _____
acudió a este centro el día: ____ / ____ / ____ a las ____:____ horas.

Sirva el presente documento para acreditar o justificar la asistencia médica prestada al paciente antes mencionado.

Firma del centro

Firma del paciente o acompañante