Läkarintyg 2

Friskintyg

Härmed intygar undertecknad att jag har undersökt

……..... ……..
namn personnummer

som ådrog sig……

den……

Enligt min uppfattning är han/hon nu helt återställd från dessa skador/sjukdomar och kan deltaga i galopplöpningar.

Ort…… Datum……

……
Legitimerad läkare

Läkarstämpel

Svensk Galopp AB
Box 11014 Tel: 08-466 86 00 e-post info@svenskgalopp.se
161 11 Bromma www.svenskgalopp.se

För mer info om hur Svensk Galopp behandlar dina personuppgifter, se www.svenskgalopp.se/integritetspolicy