

JUSTIFICANT DE TRASLLAT DEL PACIENT

El professional _____ amb domicili professional a **Integral, medicina integrativa i escola de salut**. Carrer Diputació, 321 1-1 de Barcelona i telèfon 934 677 420. Web del centre : www.integralcentremedic.com .

CERTIFICA

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

S'expedeix el present certificat als efectes de justificant de trasllat del seu domicili a aquesta consulta sanitària als efectes de desplaçament mentre es mantingui l'actual ESTAT d'ALARMA i sigui requerit per l'autoritat pertinent.

Barcelona, ___ de maig de 2020.

Signatura i segell centre



Signatura del pacient