

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR – dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

Zachodzi konieczność prowadzenia codziennej rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu sprzętu rehabilitacyjnego typu :

.....

Rodzaj schorzenia

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza