

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIDCZNIENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WŁOSZCZOWIE**

(dla celów dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Opis schorzenia:.....

.....

.....

Konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, przy użyciu
wnioskowanego sprzętu**

.....

.....

.....

Uzasadnienie zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego:.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarz specjalisty)