

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim).....

.....

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego

.....

Wskazana częstotliwość stosowania w/w sprzętu

.....

Uzasadnienie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu
rehabilitacyjnego.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie