*………………………………………………………….*

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub*

*gabinetu lekarskiego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB**

**POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**

**W CELU DOFINANSOWANIA ZAKUPU SPRZĘTU**

**REHABILITACYJNEGO ZE ŚRODKÓW PFRON**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………Nr dowodu tożsamości………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………….

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji……………………………………………………………..

Zaleca się zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny

…………………………………………………………………………………………………

*(nazwa sprzętu)*

Konieczność prowadzenia rehabilitacji wnioskodawcy przy użyciu wnioskowanego sprzętu:

* TAK
* NIE

Uzasadnienie………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

……………………………. ………………………………

 *(data) (podpis i pieczęć lekarza)*