

.....
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)