

....., dnia

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię i nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie.....

.....
.....

2. Niepełnosprawność dotyczy narządu/ układu

.....
.....

3. Zalecany sprzęt

.....
.....

4. Czy zachodzi potrzeba wynikająca z niepełnosprawności korzystania z w/w sprzętu ?

Tak Nie

5. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu?

Tak Nie

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)