

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Dane Pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania:

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia, posiadanych przez Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka,nr i podpis lekarza