

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego

Pan / Pani urodzony /a

Zamieszkały /a

Rodzaj schorzeń:

.....

.....

Stwierdza się, że ww. osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.

.....
(miejsowość)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)