

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że

Ubytek słuchu w uchu lepszym Pacjenta wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
---	--------------------------------

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty