

.....
Pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w Kluczborku celem
przyznania dofinansowania ze środków PFRON
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

Data urodzenia.....

PESEL

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ponadto stwierdzam potrzebę prowadzenia codziennej rehabilitacji przy użyciu w/w
sprzętu

rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....

Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie