.....

miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O POTRZEBIE DOFINANSOWANIA DO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w celu dofinansowania ze środków PFRON

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania: .....

.....

PESEL: .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej .....

.....

.....

.....

.....

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, potrzebny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie