

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(PROSIMY WYPEŁNIĆ W JĘZYKU POLSKIM)

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

2. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) uzasadniający potrzebę korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego / wymienić jakiego / :

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

3. Uzasadnić, że wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny / **wymienić jaki/** jest niezbędny Wnioskodawcy **do stałej rehabilitacji w warunkach domowych.**

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

.....
Pieczętka imienna
i podpis lekarza -specjalisty wystawiającego zaświadczenie