
Pieczęć Zakładu Opieki
Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu- zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny
/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

Imię i nazwisko _____

PESEL _____ adres zamieszkania _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej _____

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności
konieczny do rehabilitacji w domu

Data

Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie