
Pieczęć Zakładu Opieki
Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu- likwidacja barier technicznych
/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

Imię i nazwisko _____

PESEL _____ adres zamieszkania _____

Czy pacjent jest osobą wypisaną ze szpitala u której zakończono proces leczenia i wymagającą zwiększonej opieki?

TAK

NIE

Data

Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie