

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Czy Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu?

tak nie

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (szczegółowy opis):

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

..... dnia

(miejsowość)

(data)

(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)