

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar B Zadanie 4
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym.

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty