

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, Moduł II

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Dysfunkcja narządu ruchu	Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Daty, pieczętka i podpis lekarza
---	---	-------------------------------------