

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarskie
dla
potrzeb zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
(należy wypełnić w języku polskim)**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

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

**Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego koniecznego do prowadzenia rehabilitacji
w warunkach domowych**

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)