

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

Zaświadczenie lekarza

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie
 dotyczy: dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
 (proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zamieszkania	ul.	nr domu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (proszę opisać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2. Rodzaj niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

nie¹⁾ tak¹⁾ - uzasadnienie:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

....., dnia

Miejscowość

.....

pieczęć i podpis lekarza