

.....
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. Stwierdza się, że następstwem schorzeń Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu.....

.....

.....

(Proszę podać zakres dysfunkcji)

....., **dnia**

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza