

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., **dnia** lub

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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