.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**……...

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. Ubytek słuchu pacjenta w uchu lepszym wynosi.....decybeli (db).

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
……..……..……
……
…. .....

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_i podpis lekarz