

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I, Obszar A, Zadanie 4
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty