

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyk lekarskiej

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu
w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków PFRON

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL:

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia/dysfunkcja:

.....
.....

Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

Uzasadnienie zakupu przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego
schorzenia/dysfunkcji:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)