

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

**Zaświadczenie lekarza specjalisty dla Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej w celu dofinansowania ze środków
PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie choroby zasadniczej (*diagnoza w języku polskim*)
.....
.....
.....
.....
5. Stwierdzam konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego
(wpisać jakiego)
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty wydającego zaświadczenie