

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Powiatowej wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń
pomocniczych w Ropczycach

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego,
pielęgnacyjnego i/lub wspomagającego wymienionego poniżej:

.....
(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu)

.....

na okres
(Wskazanie czasu używania sprzętu)

.....
(miejscowość i data)

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