

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*
WYDANE NA POTRZEBY DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

*(Niniejsze zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie i w języku polskim
oraz wystawione nie wcześniej, niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku)*

**1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do zakupu
sprzętu rehabilitacyjnego**

a) Imię i nazwisko.....

b) Data urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

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

**Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
sprzętu rehabilitacyjnego takiego jak:**

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

**3. Posiadanie ww. sprzętu rehabilitacyjnego wpłynie na poprawę stanu zdrowia
(uzasadnienie):**

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

* zaświadczenie lekarskie wypełnia lekarz o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
lub schorzenia powodującego konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis specjalisty