

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL:

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

(proszę zaznaczyć właściwe stwierdzenie x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu – ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli w uchu lepszym:

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętą, nr. i podpis lekarza specjalisty