

.....

(Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

☐	TAK
☐	NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)

