(stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych ze środków PFRON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(wydane na potrzeby MOPS Bielsko-Biała)

Imię i Nazwisko pacjenta: ……………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

**TAK NIE**

Rodzaj zalecanego **sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Krótkie uzasadnienie niniejszego zaświadczenia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………….. ………….……………………………………………

Data: (Pieczątka i podpis lekarza
 wystawiającego zaświadczenie)