

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wydane na potrzeby PCPR w Krakowie)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj wnioskowanego sprzętu:

.....
.....

Rodzaj schorzeń utrudniających komunikowanie się (kontakty z otoczeniem):

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

Uzasadnienie – czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu.

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

.....
data

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