

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

....., dnia

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:
następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.

.....
(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty