…….....
(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego – PCPR w Piotrkowie Trybunalskim

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia …….....

PESEL ……...……

Miejsce zamieszkania …….……..

Pacjent wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, wymienionego poniżej:

.....
(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu)

……..

na okres ……
(*Wskazanie czasu jego używania - nie dłużej niż 6 miesięcy*)

..... ……..
(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)