

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

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 u Pacjenta występuje:

<input type="checkbox"/> Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty