

pieczęć przychodni

.....
(miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie
dotyczące zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko

Data urodzeniaPESEL

Adres zamieszkania

**Wymaga/ nie wymaga* prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu n/w sprzętu:**

.....
.....

(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

(opisać rodzaj niepełnosprawności)

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

Zaświadcza się, że wskazane urządzenie:

**jest/ nie jest* sprzętem rehabilitacyjnym koniecznym dla w/w osoby
niepełnosprawnej.**

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*- właściwie podkreślić