

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko:

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęćka, nr_i podpis lekarza specjalisty