

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sprzętu rehabilitacyjnego  
**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LUB REHABILITANTA**  
**Wydane na potrzeby PCPR w Białogardzie**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**Data urodzenia**.....

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności**.....

.....

.....

.....

**2. Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem sprzętu leczniczego)**

.....

.....**3**

**. Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* właściwe zaznaczyć

.....  
Piecątka i podpis  
wystawiającego zaświadczenie