

.....
Pieczętka 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 ubytek słuchu powyżej 70 decybeli

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza