

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Siedlce, dn.

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres: Siedlce, ul.

Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego
(proszę wskazać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)

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

.....

.....

Data

Pieczętka i podpis lekarza