

.....

....., dnia

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)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
u Pacjenta w uchu lepszym występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli

TAK

NIE

....., dnia r

miejsowość

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza