

.....
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*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent ma ubytek słuchu w uchu lepszym:

nie dotyczy

poniżej 70 decybeli (db)

powyżej 70 decybeli (db)

....., **dnia**.....

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza