

Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

....., dnia
Stempel 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 lub badania stwierdza się, że pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym

TAK NIE

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty