Załącznik nr 2 do Regulaminu Wypożyczalni Sprzętu

Rehabilitacyjnego prowadzonej przez CIS w Ustce

…...................................................................

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

IMIĘ I NAZWISKO:

……………………………………………………………………………………………………………

PESEL:

……………………………………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA:

……………………………………………………………………………………………………………

**Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.**

**Rodzaj sprzętu:**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…............................................ …...........................................................

*(Data) (Podpis i pieczątka lekarza specjalisty)*