

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” **Obszar B, zadanie 4** - prosimy wypełnić czytelnie
w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
Pacjent ma ubytek słuchu

☐ nie dotyczy

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)