

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej....., dnia
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

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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

☐ tak

☒ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza