

.....
Pieczęć 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. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Numer PESEL
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*)

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)