

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **gdy orzeczenie dot. niepełnosprawności wydane jest z innego powodu niż dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. Nr PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności **jest dysfunkcja narządu ruchu:**

TAK

NIE

.....
DATA/ Podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ