……………………………………..

(stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej)

**Zaświadczenie lekarskie  
Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko pacjenta ...................................................……………………………….

PESEL:.........................................…………………………………………………………...

1. Czy jest potrzebna rehabilitacja w warunkach domowych?  **□** TAK **□** NIE

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

3. Rodzaj urządzenia potrzebnego osobie niepełnosprawnej w celu prowadzenia  
rehabilitacji w warunkach domowych:

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

..............................................  
Data, pieczęć i podpis lekarza