

(Załącznik nr 2)

Data.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
dla osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia:.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności
psychofizycznej osoby niepełnosprawnej /przewidywane efekty/:

Czy zachodził potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w
sprzętu:.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty