

.....  
*pieczętka ZOZ lub ISPL*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb PCPR w Elku**  
**(dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków PFRON)**

1. Imię i Nazwisko pacjenta.....

2. Adres zamieszkania.....

3. Data urodzenia.....

4. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

.....  
.....  
.....  
.....

5. Zalecany sprzęt/urządzenie stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

.....  
.....  
.....

.....  
*(data, podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie)*