

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

**Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia pomocniczego, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.**

**Rodzaj sprzętu:**

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

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty