

Pieczęć

Data.....

## ZAŚWIADCZENIE

dla potrzeb Środowiskowej Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego w MOPS w Żarach

Imię Nazwisko .....

Data

urodzenia.....

Wymagany sprzęt rehabilitacyjny / urządzenie pomocnicze\*

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

\* Niepotrzebne skreślić

Podpis/Pieczęć  
lekarza/ rehabilitanta

Pieczęć

Data.....

## ZAŚWIADCZENIE

dla potrzeb Środowiskowej Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego w MOPS w Żarach

Imię Nazwisko .....

Data

urodzenia.....

Wymagany sprzęt rehabilitacyjny / urządzenie pomocnicze\*

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

\* Niepotrzebne skreślić

Podpis/Pieczęć  
lekarza/ rehabilitanta