…………………………………………………………… Żary, dnia ……………………………….

 ( pieczęć przychodni)

  **ZAŚWIADCZENIE**

dla potrzeb

Środowiskowej Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żarach

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
|  |
| Rozpoznanie: …………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| Zapotrzebowanie w sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia pomocnicze \* |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

……………………….…………………………………..

 ( podpis i pieczęć lekarza/rehabilitanta)

\*wymienić konkretny sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia pomocnicze