

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
ze środków PFRON

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze
środków PFRON:

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. PESEL
3. Adres zamieszkania.....
4. Adres zameldowania.....

II. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze
środków PFRON, porusza się:

- samodzielnie
- za pomocą balkonika
- za pomocą kul inwalidzkich
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą, wymagającą opieki osób drugih

III. Inne istotne informacje.

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza