

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego  
dla osób niepełnosprawnych ze środków PFRON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(wydane na potrzeby PCPR)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego **sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami  
wynikającymi z niepełnosprawności:

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

Krótkie uzasadnienie niniejszego zaświadczenia:

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

.....  
data

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)