

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że
dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

Inna dysfunkcja ucha lewego

Inna dysfunkcja ucha prawego

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza