Załącznik nr 2
do Regulaminu Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego prowadzonej przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach dla mieszkańców powiatu pabianickiego

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia pomocniczego, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.

Rodzaj sprzętu:

.....

.....

.....

....

Data Podpis i pieczątka lekarza specjalisty

Zadanie realizowane w ramach projektu „PRACUŚ" współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020