

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
ze środków PFRON
/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

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

2. Trudności w poruszaniu się związane z rodzajem dysfunkcji:

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

3. Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

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

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

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