

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

### **Zaświadczenie lekarskie**

Lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

.....  
.....

Dysfunkcja narządu ruchu:

Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim\*:                      tak                      nie

.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty

\*właściwe zaznaczyć