

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

Siedlce, dn. ....

### **Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres: Siedlce, ul. ....

#### Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....

.....

Data

Pieczątka i podpis lekarza