

.....  
.....  
Żary, dnia

( pieczęć przychodni)



## **ZAŚWIADCZENIE**

dla potrzeb

Środowiskowej Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żarach

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Rozpoznanie: .....

Zapotrzebowanie w sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia pomocnicze \*

.....

.....

.....

( podpis i pieczęć lekarza/rehabilitanta)

\*wymienić konkretny sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia pomocnicze