

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

<b>Dysfunkcja narządu ruchu</b>	<b>Pacjent jest osobą poruszająca się na wózku inwalidzkim :</b>  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Daty, pieczętka i podpis lekarza
---	---	-------------------------------------