

Kraków,
(data)

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

WSKAZANIE RODZAJU NIEZBĘDNEGO SPRZĘTU WRAZ Z UZASADNIENIEM KONIECZNOŚCI JEGO UŻYTKOWANIA:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)