



Załącznik nr 7 do Regulaminu

Pieczęć ZOZ:

data:

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:

Adres zamieszkania:

.....

jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia, wymaga opieki i wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej czynności z podstawowych czynności dnia codziennego

.....
podpis i pieczęć lekarza