

Dotyczy: **dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier technicznych**



.....
*Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego*

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

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

2. Potrzeby pacjenta dotyczące likwidacji barier

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

3. Rodzaj sprzętu

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

....., dnia

Miejscowość

.....
*Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia*