



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia

w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z
niepełnosprawności

.....

.....

Uzasadnienie (przewidywane efekty rehabilitacji).....

.....

.....

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu ww. sprzętu.**

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza