



ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO I PORADĘ REHABILITACYJNĄ

**„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób
narządu ruchu”**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

Oświadczam, iż zapoznałem się z dokumentacją medyczną datowaną na i potwierdzam, iż jednostka chorobowa dotycząca układu ruchu wskazana w niej jest wymieniona w „Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”, która kwalifikuje pacjenta do udziału w projekcie.

.....
data

.....
podpis lekarza