Załącznik nr 9 do Regulaminu

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