



.....
(pieczętka ośrodka zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

o potrzebie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych

PROJEKT: „Usługi opiekuńcze w Gminie Iłowa”

NR: RPLB.07.05.00-08-0031/21

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Zaświadczam, że ww. pacjent jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i zalecana mu jest pielęgnacja w zakresie:

Usługi rehabilitacyjnej,

Usługi psychologicznej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)