



.....
(pieczętka ośrodka zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA
o potrzebie świadczenia 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 potrzebuje świadczenia usług opiekuńczych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)