

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

dnia,

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

Wydane dla potrzeb postępowania przetargowego zorganizowanego przez Burmistrza Miasta Żagań

1. Imię i nazwisko Pacjenta Data urodzenia.....
2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta, używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie
.....
.....
.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić jedno – właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta