

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” –  
**Moduł I Obszar B Zadanie 1**

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL.....

<b>Występuje jednoczesna dysfunkcja <b>obu</b> kończyn górnych</b>	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
pieczętka, nr i podpis lekarza	pieczętka, nr i podpis lekarza