



WALCZYMY O ZDROWIE Z SM II

ZAŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA
do prowadzenia rehabilitacji domowej

Zaświadcza się, że Pan/i :

Imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

Miejsce zamieszkania:

nie ma żadnych przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji domowej *

są przeciwwskazania do prowadzenia rehabilitacji domowej *

jaki.....

.....
podpis lekarza/fizjoterapeuty

* odpowiednią opcję zakreślić krzyżykiem