



ZAŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTAECZNEGO ZADANIA

Zaświadcza się, że dla Pan/i:

Imię i nazwisko: _____

nie ma żadnych przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji domowej, masażu *

są przeciwwskazania do prowadzenia rehabilitacji domowej, masażu *

jaki.....

.....
podpis lekarza/fizjoterapeuty/masażysty

** odpowiednią opcję zakreślić krzyżykiem*



ZAŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTAECZNEGO ZADANIA

Zaświadcza się, że dla Pan/i:

Imię i nazwisko: _____

nie ma żadnych przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji domowej, masażu *

są przeciwwskazania do prowadzenia rehabilitacji domowej, masażu *

jaki.....

.....
podpis lekarza/fizjoterapeuty/masażysty

** odpowiednią opcję zakreślić krzyżykiem*