



....., dnia

Miejscowość



*Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
(Umowa z NFZ na świadczenie usług medycznych)*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Zaświadczam, że w/w osoba jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. jest osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
*Pieczęć i podpis lekarza wydającego
zaświadczenie*