



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



ZAŚWIADCZENIE LEKARZA POZ

Ja, niżej podpisany/a, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zaświadczam, że:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej oraz dostępnych informacji
stwierdzam, że wskazany/a wyżej pacjent/ka:

nie korzystał/a z rehabilitacji leczniczej w okresie ostatnich 6 miesięcy

(dotyczącej tej samej jednostki chorobowej, której dotyczy udział w projekcie **Move & Mental 3.0 - Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu w Łódzkim Centrum Rehabilitacji Movimento.**)

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby udziału pacjenta w projekcie zgodnie z
obowiązującym regulaminem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza POZ)