***Załącznik nr 3 do umowy - zaświadczenie lekarskie*** *………………………………, dnia ……………………*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Miejscowość*

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej*

*(Umowa z NFZ na świadczenie Usług medycznych)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

***wydane dla potrzeb wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego   
prowadzonej przez   
Związek Stowarzyszeń Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Powiatu Rzeszowskiego***

**Imię i Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PESEL:** ..............................................

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

Zaświadczam również, że u w/w osoby istnieje konieczność stosowania niżej wymienionego sprzętu pielęgnacyjnego\*/rehabilitacyjnego\*/wspomagającego\*:

1. ………...................................................................................................................……….............................
2. ………...................................................................................................................……….............................
3. ………...................................................................................................................……….............................
4. ………...................................................................................................................……….............................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *.……………………………..……………………………*  *Pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie*  *.* |

*\*niewłaściwe skreślić*