|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………………………, 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 po przebytym zakażeniu COVID-19.

Istnieje u niej konieczność użycia sprzętu rehabilitacyjnego/pielęgnacyjnego/wspomagającego

w związku z przebytym zakażeniem Covid-19 tj. ………………………………………………………………………………

Nazwa sprzętu

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