



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3 do Regulaminu

ZAŚWIADCZENIE FIZJOTERAPEUTY PRZEPROWADZAJACEGO

I PORADĘ REHABILITACYJNA

w ramach Projektu

„Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.”

„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”

Imię i nazwisko Pacjenta/ki:

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z dokumentacją medyczną datowaną na i potwierdzam, iż jednostka chorobowa dotycząca układu ruchu wskazana w niej, jest wymieniona w „Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”, która kwalifikuje Pacjenta/tkę do udziału w Projekcie.

.....
data

.....
podpis fizjoterapeuty