

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

.....

Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL.....

3. Zaświadczam, że Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni (*prosimy zaznaczyć odpowiednie pole*):

Tak

Nie

.....

pieczętka, podpis lekarza okulisty