

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

Nazwisko i imię:

Pesel:

Zamieszkały/a:

.....

.....

Rodzaj schorzenia:

.....

.....

.....

Uzasadnienie do wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych

lub zakupu przedmiotu z zakresu likwidacji barier technicznych:

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)