Załącznik do wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Opinia lekarza o stanie zdrowia wnioskodawcy:

1. Rozpoznanie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Rodzaj choroby: *(właściwe zakreślić)*

   a) choroba przewlekła

   b) choroba wyjątkowo ciężka

   c) inna .....

3. Uwagi

.....

.....

.....	.....	.....
(miejscowość, data)	*(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)*	*(podpis lekarza)*