

.....
 stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu**, wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić ☐ właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
 (miejscowość) (data)

.....
 (pieczętka, nr i podpis lekarza)