



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik nr 5 do Regulaminu

Zaświadczenie o odbytym działaniu rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Data rozpoczęcia rehabilitacji: _____

Data zakończenia rehabilitacji: _____

Opis działań rehabilitacyjnych (minimum 10 zabiegów rehabilitacyjnych):

Podpis fizjoterapeuty: _____ Data: _____

Pieczętka placówki rehabilitacyjnej: _____