**Załącznik nr 2**

do Regulaminu usługi indywidualnego transportu door-to-door dla mieszkańców gminy Wilga, mających trudności

w poruszaniu się

.........................................................

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia............*

 *lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

 lekarza specjalisty\*

wydane do oświadczenia korzystania z usługi indywidualnego transportu door-to-door

dla mieszkańców gminy Wilga, mających trudności w poruszaniu się

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................................
2. PESEL
3. Stwierdza się, że Pacjent ma trudności w poruszaniu się.

........................................, dnia .............. ...............................................

 (miejscowość ) (data) pieczątka i podpis lekarza

**\*** o specjalności: ortopedy, rehabilitacji, neurologa lub okulisty - odpowiednio do posiadanej niepełnosprawności