



**OŚWIADCZENIE LEKARZA/FIZJOTERAPEUTY I UCZESTNIKA PROGRAMU
O UDZIELENIU I OTRZYMANIU DANEGO ŚWIADCZENIA**

Nr projektu.....

nazwa projektu.....

realizowany przez.....

Imię i nazwisko uczestnika projektu:.....

Pesel:

LP	Data wykonanego zabiegu	Nazwa zabiegu	Podpis uczestnika otrzymującego świadczenie	Podpis i pieczętka (lub czytelny podpis) lekarza/fizjoterapeuty udzielającego świadczenia
1		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
2		1		
		2		
		3		

		4		
		5		
3		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
4		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

5		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
6		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
7		1		
		2		
		3		
		4		

		5		
8		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
9		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
10		1		
		2		
		3		

		4		
		5		
n		1		
		2		
		3		
		4		
		5		