

Imię i nazwisko Pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

a) Pacjent całkowicie utracił wzrok **lub** nie dotyczy

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: **lub** nie dotyczy

☐ w oku lewym do stopni

☐ w oku prawym do stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku(w korekcji): **lub** nie dotyczy

☐ w oku lewym do:.....

☐ w oku prawym do:

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Międzychodzie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

pieczęć i podpis lekarza okulisty
wystawiającego zaświadczeni

Potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych:

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

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych:

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

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Międzychodzie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza okulisty
wystawiającego zaświadczeni