



Załącznik do Regulaminu

Załącznik A

Zalecenie udziału

w Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub data urodzenia:

Rozpoznanie stanowiące przyczynę zalecenia (wg ICD 10)

.....

.....

Data

.....

Podpis lekarza