# WNIOSEK DO LEKARZA

### Fundacja Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Jastrzębiu Zdroju prosi o podanie niżej wymienionych danych umożliwiających nam wyliczenie kosztów leczenia.

**Pana / Pani** ......................................................................................................................

**zamieszkałego/łej:**

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

**który stara się o zapomogę na częściowe pokrycie poniesionych przez siebie wydatków związanych
z powrotem do zdrowia.**

**I. Konieczne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz wyroby medyczne – dostępne tylko na podstawie RECEPTY**\*

**Nazwa ilość**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Data**................................. .................................

  **podpis i pieczęć lekarza**

**II. Konieczne usługi medyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego :**

**Nazwa ilość**

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

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

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

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

**Data**................................. ................................

  **podpis i pieczęć lekarza

\* Konieczne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz wyroby medyczne zalecone wyłącznie przez lekarz, w tym szczepionki dla dzieci i młodzieży objętej programem szczepień fundowanych przez FOZiPS w Jastrzębiu – Zdroju.**