

.....  
(pieczętka nagłówkowa przychodni)

**Zaświadczenie w celu ustalenia uprawnień do pomocy społecznej  
z tytułu długotrwałej choroby**

Zaświadcza się, że Pani/Pan .....  
jest przewlekłe/długotrwale chora(y) na .....

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

Z uwagi na powyższe zachodzi stała konieczność zażywania leków lub/i ponoszenia  
wydatków na leczenie: .....

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

Przewidywany okres leczenia: .....

.....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczętka lekarza