

**WZÓR ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO DO WNIOSKU O POMOC SOCJALNĄ
Z FUNDUSZU PROMOCJI KULTURY**

Data _____

Pani/Pan o numerze PESEL:
..... cierpi na chorobę przewlekłą/wymagającą długotrwałego
leczenia.

.....

(podpis i pieczęć lekarza)