pieczęć ZOZ

.....

(data wystawienia)

ZALECENIE LEKARSKIE

Ze względu na stan zdrowia, pacjent (imię i nazwisko, data ur.).....

.....

wymaga następujących rodzajów usług:

Rodzaj usługi	Jednostkowy czas usługi oraz częstotliwość wykonywania usługi (ilość godzin na tydzień, miesiąc) Np. 1h na tydzień, 3h na miesiąc i.t.p.	Okres wykonywania usługi (proszę określić przez wpisanie granicznej daty) np. do 31.12. 2020 r,

Zalecenie wydaje się dla organu pomocy społecznej - Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wągrowcu, celem rozpatrzenia wniosku o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osoby z zaburzeniami psychicznymi/ bez zaburzeń psychicznych*

.....

(podpis i pieczątka lekarza, psychiatry lub neurologa)

*właściwe podkreślić