

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
na potrzeby umowy „1,5% podatku”

	DANE CHOREGO	DANE LEKARZA
Imię:
Nazwisko:
Adres:	X
PESEL:	
Nr PWZ:	X	
Specjalność:	

Zaświadczam, iż pacjent, którego dane widnieją powyżej, choruje na MND (*Motor neuron disease G12.2 wg WHO ICD-10*), czyli: SLA, PLS, PMA lub PBP.

Oświadczam, że:

- wiem, iż MND to inna choroba niż miastenia, rdzeniowy zanik mięśni, dystrofia mięśniowa i pozostałe neurologiczne choroby powodujące zaburzenia ruchowe,
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, czyli przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego. KAŻDY dokument lekarski jest chroniony tym artykułem KK.

.....
data

.....
pieczętka i podpis

Uwaga! Prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia. Nieczytelnie wypełnione nie zostanie uznane przez stowarzyszenie Dignitas Dolentium!