

**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)