**SKIEROWANIE**

na turnus rehabilitacyjny zgodnie z założeniami:

**Programu rehabilitacji neurologicznej osób po udarach mózgu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach**

w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………..…………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………..…………………

Adres: …………………………………………………………………………………………..…………………

Nr tel.: …………………………………………………………………………………………..…………………

Data udaru: …………………………………………………………………………………………..…………………

…………………………………………. …………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis lekarza rehabilitacji medycznej/neurologa)