**Załącznik A**

**Zalecenie udziału**

**w Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego**

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL lub data urodzenia:

Rozpoznanie stanowiące przyczynę zalecenia (wg ICD 10)

………………………..

Data Podpis lekarza