



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



**Zalecenie udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów
onkologicznych z terenu województwa łódzkiego**

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Kwalifikacja do udziału w Programie w związku z trwającym/przebyłym* leczeniem nowotworu
złośliwego (wg ICD 10)

.....

Data

.....

Podpis lekarza

*zakreślić właściwe