

**Załącznik Nr 2b**  
stanowiący integralną część  
**Załącznika Nr 2**  
do Uchwały Nr .....  
Rady Miejskiej w Elblągu  
z dnia .....

pieczętka specjalistycznej przychodni  
rehabilitacyjnej

**ZAŚWIADCZENIE NR ...../..... rok**

Zaświadcza ..... się, ..... że

.....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały ..... w

.....  
(adres zamieszkania)

jest uczestnikiem zajęć rehabilitacyjnych, w naszej placówce mieszczącej się w Elblągu przy ul.

.....

.....

.....,  
(dokładny adres miejsca w którym odbywają się zajęcia rehabilitacyjne)

Zajęcia odbywają się w dniach  
.....

w ..... godzinach

.....

Potwierdza się, że uczestnik zajęć rehabilitacyjnych wymaga\* nie wymaga\* opieki osoby towarzyszącej w drodze na zajęcia rehabilitacyjne w naszej placówce.

Zaświadczenie jest ważne do dnia .....

Elbląg, dnia .....

.....  
(pieczętka i podpis Dyrektora Specjalistycznej  
przychodni rehabilitacyjnej)

\* / niepotrzebne skreślić