

## Rozliczenie badań kandydatów na studia, studentów i doktorantów

Załącznik do Faktury Nr ..... z dnia .....

Nazwa i adres podstawowej jednostki medycyny pracy wykonującej badania lekarskie: .....

.....

Lp	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Kandydat/ student/ uczestnik studiów doktoranckich	Rok studiów	Kierunek Wydziału	Data	Lekarz	Orzeczenie

.....”  
(pieczętka i podpis)