.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że na podstawie aktualnych okresowych badań lekarskich niżej wymienione osoby zdolne są do zjazdu do wyrobisk podziemnych kopalni

.....
(nazwa kopalni i miejscowość)

Lista osób:

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

.....
(pieczątka placówki)

.....
(podpis lekarza)