

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	PESEL	Data urodzenia	Kandydat/ student/ doktorant	Rok studiów	Kierunek, Wydział	Data wydania orzeczenia	Lekarz	Orzeczenie

.....
Podpis i pieczęć osoby reprezentującej szkołę wyższą.....
Podpis i pieczęć osoby reprezentującej PJSMP