



POTWIERDZENIE ODBYCIA BADANIA LEKARSKIEGO

Potwierdzenie odbycia badania lekarskiego przeprowadzonego w dniu.....

Nazwa kursu: „.....”

Grupa nr:

L.p.	Nazwisko i imię uczestnika/uczestniczki	Podpis uczestnika/uczestniczki
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

.....
Podpis Wykonawcy