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

Grupa nr :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Podpis uczestnika |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| … |  |  |

Podpis lekarza przeprowadzającego badanie:

Podpis Wykonawcy: