

Załącznik nr 1 do umowy nr POS.SMW.271/bad_lek_2024

.....
pieczęć placówki medycznej

....., dn.
/miejscowość/ /data/

Wykaz pracowników (osób) przebadanych w m-cu2024 r.

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stanowisko pracy	Wskazanie na wykonany pakiet badań ze wskazaniem na jego numer i rodzaj zaświadczenia wynikający z oferty	Badania uznane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	Cena wykonania badań	Data zgłoszenia się osoby skierowanej	Data wydania zaświadczenia/ orzeczenia

.....
podpis upoważnionego pracownika placówki medycznej

* niepotrzebne skreślić

DYREKTOR
Owiatowego Urzędu Pracy w Lublinie
mgr Grażyna Gwiazda

.....
mgr Pranny Anna Buchalska
lb-1105