

Spis

dokumentów medycznych załączonych do wniosku
 (ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

....., dnia

.....
(podpis)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych -
wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopię potwierdza
placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu medycz.