

Załącznik nr 1 do umowy nr

Lublin, dn.

.....
pieczęć placówki medycznej

**Wykaz osób bezrobotnych/niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu*
przebadanych w m-cu2014 r.**

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Zawód/stanowisko pracy	Badania uznane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	Cena wykonania badań	Data wydania zaświadczenia/orzeczenia

.....
podpis upoważnionego pracownika placówki medycznej

* niepotrzebne skreślić