

Załącznik nr 1 do umowy nr

Lublin, dn.

.....
pieczęć placówki medycznej

**Wykaz osób bezrobotnych/niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu*
przebadanych w m-cu2013 r.**

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Zawód/stanowisko pracy/kierunek szkolenia	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