Spis
dokumentów medycznych załączonych do wniosku
(ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

……., dnia …….
(Miejscowość)

…….
(podpis osoby zainteresowanej)

<u>Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych</u>
wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu **po okazaniu oryginału dokumentu medycznego**.