

.....
(pieczęć podmiotu)

**LISTA PAR ZAKWALIFIKOWANYCH
MEDYCZNIE DO PROGRAMU**

Lp.		IMIĘ I NAZWISKO	DATA URODZENIA KOBIECY	ADRES ZAMIESZKANIA
1.	KOBIETA			
	MĘŻCZYŻNA			
2.	KOBIETA			
	MĘŻCZYŻNA			

.....
(podpis osoby uprawnionej)