

## Wykaz przebadanych osób

.....  
 ( nazwa, adres i nr telefonu podstawowej jednostki służby medycyny pracy, prowadzącej badania uczniów i studentów )  
 .....

.....  
 . imię i nazwisko lekarza realizującego zamówienie i okres za jaki wystawiono fakturę)  
 .....

L. p.	Nazwisko, imię I adres badanego	PESEL	Data badania	Nazwa szkoły i adres	Kierunek nauki I okres jej trwania	Zakres badań dodatkowych		Okres ważności zaświadczenia	Określenie zaświadczeni a  P- pierwsze K- kolejne
						<u>Konsultacje</u> O – okulista N – neurolog L – laryngolog A - audiogram	<u>Inne</u> EKG Spirometria ALAT Bilirubina Morfologia		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

.....  
 Data wystawienia

.....  
 Pieczętka i podpis kierownika podstawowej jednostki służby medycyny pracy