Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

Zduńska Wola, dnia .....

(podpis)

Nie przyjmujemy oryginałów,

wyłącznie kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.