

....., dn.

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....
Nr telefonu

Sz. P.
Dr Zygmunt Adrianek
Dyrektor
OSCHR w Gliwicach

Zwracam się z prośbą o wystawienie Weryfikacji do dofinansowania do Zalecanej
Dawki Wapna do Sprawozdania z badań nr

.....
Podpis