### Załącznik Nr 2

# Pieczęć PJSM

## WYKAZ PRZEBADANYCH KANDYDATÓW / UCZNIÓW / STUDENTÓW/

niepełnoletnich kandydatów/ słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych

Do faktury/rachunku Nr ………….………..…………/2024 r. z dnia …..……. ………2024r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****adres zamieszkania** | **Data badania** | **Kierunek kształcenia (zawód)** | **Nr z rejestru wyd. zaświadczeń/ inicjały lekarza wydającego orzeczenie** | **Badanie ogólnolekarskie zakończone wydaniem orzeczenia (Tak/Nie)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sporządził:...................................................*(data, imię i nazwisko)*Potwierdzam wykonanie badań w ilości ………..Kierownik PJSMP...................................................*data, podpis, pieczęć* |  Potwierdzam wykonanie badań w ilości …………Dyrektor Szkoły / Rektor Szkoły Wyższej...............................................*data, podpis, pieczęć**……………………………………..**Pieczęć Szkoły/Szkoły Wyższej*  |