

**WZÓR DOKUMENTACJI ZBIORCZEJ DOTYCZĄCEJ KIEROWANIA DO WOMP NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ
UZASADNIONĄ PATOLOGIĄ ZAWODOWĄ WYKONYWANĄ W ZAKŁADZIE REHABILITACJI
PRZY UL. DĄBRÓWKI 15C W RAMACH UMOWY ZAWARTEJ Z WOMP**

Lp.	Data	Nazwisko i imię oraz adres zamieszkania	Miejsce pracy	Stanowisko	Schorzenie	Rodzaj zabiegów	Ilość