

.....  
Pieczętka firmy z adresem i regonem

.....  
Miejscowość, data

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE  
do celów sanitarno-epidemiologicznych**

do **Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy  
ul. Oławska 14, Wrocław**

tel.: 71 / 344 93 00

tel./fax: 71 / 344 93 04

Pan/ Pani.....PESEL: .....

*imię i nazwisko*

Adres zamieszkania:.....

.....tel. kontaktowy badanego.....

Stanowisko pracy:.....

.....

.....  
pieczętka i podpis osoby kierującej na badania