ZGŁOSZENIE DIET Z ODDZIAŁÓW

L-022

Dnia .... r. Godzina ..... Stan chorych .....

Oddział .....

DIETY																				
ILOŚĆ																				

Podpis oddziałowej .....

Wr-Ka-12 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23