

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość świadczenia zdrowotnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data posiedzenia Komisji Zdrowotnej)