

KSIĄŻECZKA ZDROWIA
CZŁONKA
Ochotniczej Straży Pożarnej

.....
/ stempel OSP /

Proszę o przeprowadzenie badań
okresowych w oparciu o Rozporządzenie
Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
z dnia 19.01.1993r. /Dz. U. Nr 10 poz. 48/

.....
/ naczelnik OSP /

.....
/ nazwa OSP /

.....
/ nazwisko i imię strażaka /

.....
/ data urodzenia /

.....
/ miejsce zamieszkania /

