



RZECZPOSPOLITA POLSKA

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
I ADMINISTRACJI

DOKUMENT
POTWIERDZAJĄCY UPRAWNIENIA PRZYSŁUGUJĄCE
WETERANOWI POSZKODOWANEMU-FUNKCJONARIUSZOWI
DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

NAZWISKO

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

IMIĘ

Nr PESEL xxxxxxxxxx

SERIA xxx NR xxxxx