


140 mm

100 mm

<p>Legitymacja Nr</p> <p>dnia</p>	<p>Rzeczpospolita Polska</p>  <p>decyzją z dnia</p> <p>odznaczony/a został/a odznaką Dawca Przeszczepu</p> <p>podmiot leczniczy</p>
---------------------------------------	--