

Toruń, dnia 2020 r.

Ja, lekarz / lekarz dentysta, członek K-POIL,
(właściwie podkreślić) (imię i nazwisko)

PWZ nr:, e-mail:,

tel.:,

potwierdzam odbiór pakietu:

50 sztuk masek chirurgicznych TZMO

lub

5 sztuk masek typu FFP2 (z filtrem)

(postawić, odpowiednio, X)

Jednocześnie deklaruję, że w stanie epidemii pracuję i nie zawiesiłam/em działalności leczniczej.

.....
(podpis)