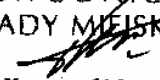


Rejestr wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej

Lp.	Nazwisko i imię n-la, emeryta	Data wpływu wniosku	Nazwa szkoły/placówki/ w której pracuje/ował	Data posiedzenia Komisji	Adnotacje	Uwagi

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Krzysztof Magnes