

Wzór legitymacji służbowej dla pracowników poszczególnych oddziałów wojewódzkich
Narodowego Funduszu Zdrowia

I Awers

LEGITYMACJA SŁUŻBOWA **NFZ**
Narodowy Fundusz Zdrowia

Miejsce
na
zdjęcie

IMIĘ i NAZWISKO
Stanowisko
Nazwa
Oddziału

numer legitymacji: _____ podpis

II Rewers

Legitymacja ważna do:

31.12.2005		
------------	--	--