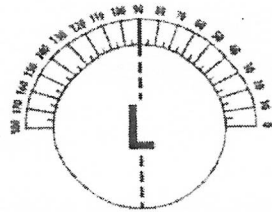
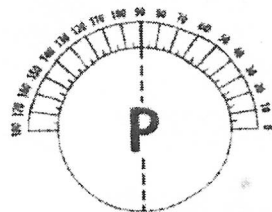


złotka zakładu leczniczego

Nazwisko i imię chorego \_\_\_\_\_



DAL	O.P.	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzmat	Baza	PD (mm)
	O.L.						
BLIZ	O.P.	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzmat	Baza	PD (mm)
	O.L.						

Szklá \_\_\_\_\_ Oprawa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (data i podpis lekarza)