**LISTA
uczestników zebrania założycielskiego (Założycieli)**

**Zrzeszenia Internistów Ubezpieczenia Zdrowotnego województwa .........................**

Imię i nazwisko data i miejsce urodzenia miejsce zamieszkania podpis
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14. **15. Musi być co najmniej 15 założycieli**