**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**