

**PODPISY POPARCIA DLA PETYCJI DO PREZYDENTA MIASTA LEGNICY
DOT. WPROWADZENIA BEZPŁATNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIWKO HPV DLA LEGNICZANEK**

L.P.	IMIĘ I NAZWISKO*	ADRES ZAMIESZKANIA*	ADRES E MAIL	PODPIS*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				