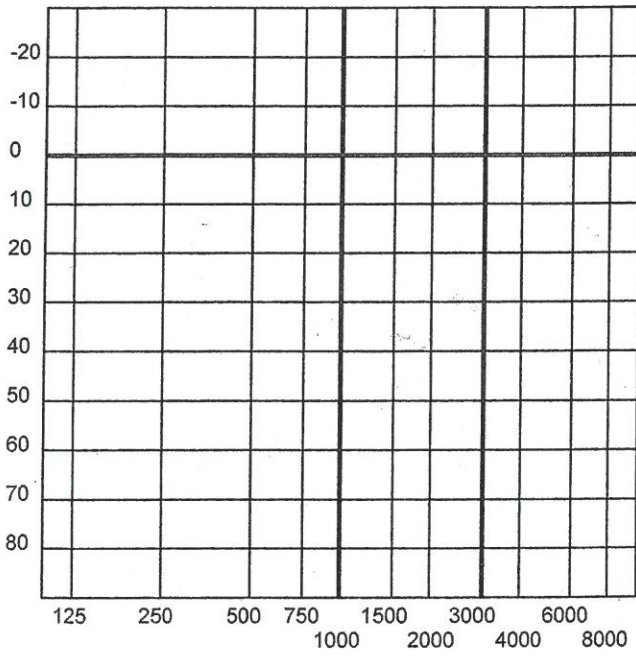


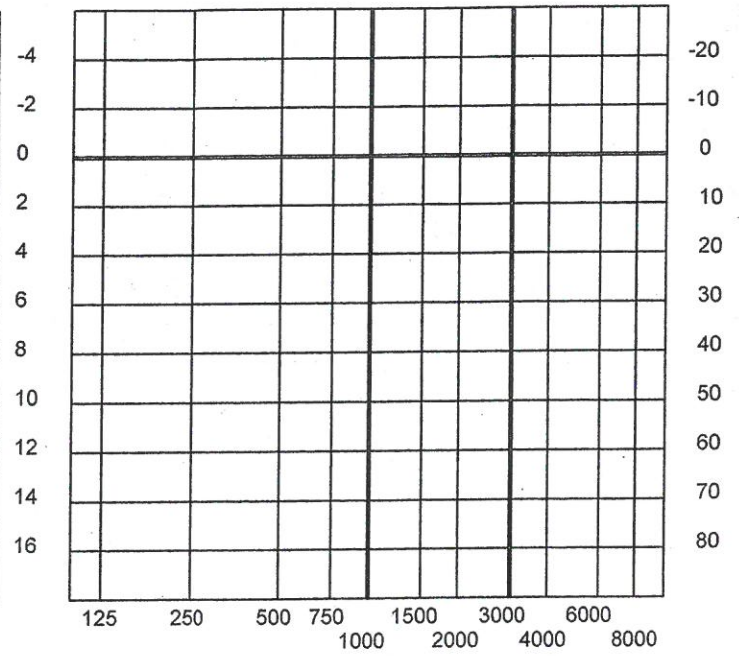
Test

Imię i nazwisko:

Ucho prawe



Ucho lewe



250 500 1000

2000 4000

Przeprowadzający badanie:

Data: