



FORMULARZ REJESTRACYJNY

Dane pacjenta niezbędne do przygotowania deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej POZ:

Imię i nazwisko

NR PESEL.....

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i nr dowodu tożsamości.....

TLELFON KONTAKTOWY.....

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS



FORMULARZ REJESTRACYJNY

Dane pacjenta niezbędne do przygotowania deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej POZ:

Imię i nazwisko

NR PESEL.....

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i nr dowodu tożsamości.....

TLELFON KONTAKTOWY.....

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS