

Skawina, dnia.....

WNIOSEK O PRYZNANIE DOSTĘPU

DO SYSTEMU INTERNETOWEJ REJESTRACJI PACJENTÓW

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zameldowania.....

Adres e-mail.....

Telefon kontaktowy.....

Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu.....

.....
Czytelny podpis składającego wniosek lub opiekuna prawnego

(wypełnia Przychodnia)

Wniosek przyjęty dnia:.....przez.....