

Dane lekarza POZ

Imię i nazwisko uczestnika:

Numer bezpośredni do lekarza POZ/numer do przychodni POZ*:

*-niewłaściwe skreślić

Imię i nazwisko lekarza POZ:

Nazwa przychodni/link do strony/dowolna inna forma identyfikacji przychodni:

.....

Wyrażam zgodę na użycie powyższych danych w celu umówienia mojego dziecka na lekarską poradę telefoniczną.

Data:

Podpis rodzica: