



„Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Redzie” Sp. z o.o.

84-240 Reda, ul. Łąkowa 1

NIP: 588-19-62-918

REGON: 192078622

tel/fax 58 678-35-12

biuro@nzozreda.pl

Poradnia ogólna: 58 678-79-87 Poradnia dziecięca: 58 678-79-89

Formularz zgłoszeniowy / Registration Form / Реєстраційна форма

1. Imię i nazwisko / Name and Surname / Ім'я та прізвище

.....

2. Data urodzenia / Date of Birth / Дата народження

.....

3. Adres zamieszkania / Address / Адреса проживання

.....

4. Przyczyna zgłoszenia do lekarza / Reason for Visiting Doctor / Причина звернення до лікаря

.....

.....

5. Do którego lekarza / Which Doctor / До якого лікаря

.....

6. Do gabinetu zabiegowego / To the Treatment Room / До процедурного кабінету

☐ Tak / Yes / Так

☐ Nie / No / Ні