

## FORMULARZ REJESTRACYJNY:

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

### Dane dziecka:

Imię i Nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Numer PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

### Dane rodziców:

•

Imię i Nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Numer PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

Telefon kontaktowy:.....

•

Imię i Nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Numer PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

Telefon kontaktowy:.....

Po wysłaniu danych pracownik rejestracji wysyła na mejla deklaracje, które trzeba wydrukować, podpisać i donieść osobiście do przychodni wraz z kartą szczepień oraz kserokopią wypisu dziecka ze szpitala.

W przypadku pytań prosimy o kontakt : **(22) 775 44 04, 731 100 835,**

**rejestracja@naszaprychodnia.com**