

FORMULARZ REJESTRACJI WIZYT

РЕЄСТРАЦІЙНА ФОРМА

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY/ ОСОБИСТІ ДАНІ ПАЦІЄНТА															
1. Imię/Ім'я						2. Nazwisko/Прізвище									
3. Data urodzenia /Дата народження						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość / номер PESEL, а за відсутності такого номера серія та номер документу, що підтверджує вашу особу									
- - - - - dzień - miesiąc - rok день - місяць - рік															
5. Adres miejsca zamieszkania / Адреса проживання															
5A. Ulica/ Вулиця				5B. Numer domu / Mieszkania / Номер будинку /квартури				5C. Kod pocztowy i miejscowość / Поштовий індекс							
6. Numer telefonu (pole obowiązkowe) /номер телефону (обов'язкове поле)															
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) /Адреса e-mail (поле не обов'язкове)															



GEMELLI