

Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o.

Ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów

Tel. 146310240/284

REGON 85180001000024

FORMULARZ REJESTRACJI

Imię i nazwisko

Pesel

Adres

Numer telefonu

Wizyta (zaznacz właściwe):

Pierwsza

Kolejna

Do jakiej Poradni chcesz się zarejestrować?

.....

Uwagi co do terminu wizyty

.....

Jeżeli posiadasz e-skierowanie na pierwszą wizytę wpisz Kod e-skierowania

Jeśli posiadasz skierowanie w wersji papierowej możesz je dołączyć do formularza (zepnij najlepiej zszywką).

Pamiętaj, że najpóźniej w dniu wizyty skierowanie musi znaleźć się w rejestracji.