ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR ……

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: ……..…..

PESEL: ……..

Data rozpoczęcia: ……. Data zakończenia: ……..

Terapia manualna plus

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA-DATA
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		