



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Voucher: MASAŻ CAŁEGO CIAŁA (1 GODZ.)

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Masaż całego ciała (1 godz.)		