



**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....**

## **KARTA PACJENTA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

Voucher: MASAŻ KRĘGOSŁUPA 1-2 ODCINKI

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Masaż kręgosłupa 1-2 odcinki		