



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Voucher: MASAŻ LIMFATYCZNY BOA (30 MIN.)

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Masaż limfatyczny BOA (30 min.)		